Rok LII. Kraków, dnia 25 października 1913. Nr 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu Pasteura w Paryżu. Z pracowni Dr Levaditiego.

Obecność krętków bladych w mózgu przy porażeniu postępującym w związku z etyologią i leczeniem porażenia postępującego.

Podał

Dr Julian Bańkowski,

asystent zakładu higieny U. J.

Ścisły związek zakażenia kiłowego z porażeniem postępującem oddawna został podkreślony zarówno przez najwybitniejszych syfilografów, jak i psychiatrów. Blizko 50 lat temu Esmarch, Jessen, Hildenbrand, Kjelberg i inni stwierdzili niezwykłą częstość kiły w etyologii porażenia postępującego oraz wypowiedzieli przekonanie, że źródłem porażenia postępującego jest kiła. 15 lat później w pracy o kile mózgu najwybitniejszy syfilograf francuski, Fournier, zdanie to rozwija z wielkim talentem i przyczynia się do najszerszego jego rozpowszechnienia. Wraz z Erbem, Regisem, Raymondem przeważna liczba wybitnych psychiatrów staje na stanowisku kiłowego pochodzenia porażenia postępującego.

Jednakże to ogólne ujęcie porażenia postępującego nie zapewnia jednolitości i jasności poglądów w tej sprawie. Sam Fournier, najgorętszy zwolennik teoryi kiłowego pochodzenia porażenia postępującego, w książce swej o kile mózgu oddzielnie rozpatruje porażenie postępujące wrzekome, kiłowe (pseudoparalysie générale syphilitique) i porażenie postępujące właściwe (paralysie générale vraie), pozostające w związku z kiłą, lecz nie będące kiłą co do swej istoty w utartem znaczeniu tego pojęcia. Najzaciętszy przeciwnik, Joffroy, w odpowiedzi Fournierowi twierdzi, że nie zna i znać nie chce porażenia postępującego pochodzenia kiłowego [1]). Są to dwa cierpienia co do swej istoty zupełnie różne. Mogą ze sobą współistnieć. Kiła może przygotowywać grunt dla cierpienia mózgowego odmiennej natury, tak jak alkoholizm przygotowuje grunt dla gruźlicy.

[1]) »Eh bien je dirais a M. Fournier: que si je connais un peu la syphilis, si je connais peut-être un peu mieux la paralysie générale, je ne reconnais pas, je ne veux pas connaitre la paralysie générale de la syphilis, la paralysie générale syphilitique...« (Bull. de l'Acad. de Medic. 1905).

Te dwa krańcowe stanowiska określają szerokie ramy, mogące w sobie pomieścić najrozmaitsze pośrednie poglądy, których wielka liczba została sformułowana. Więc diathesis syphilitica, deuteropathia (zmiany mózgowe w porażeniu postępującem są wtórne i nie swoiste) (Hallopeau), działanie nieznanych toksyn kiłowych, podobne do działania późnego toksyn błoniczych na serce (Strümpell) i t. p.

Najbardziej utartem stało się nie dość ścisłe ujęcie porażenia postępującego jako cierpienia metasyfilitycznego czy parasyfilitycznego pod wpływem prac Fourniera, Erba i innych.

Bogaty materyał faktów, zebrany przy badaniu tej wciąż aktualnej sprawy, udowadniał niewątpliwie kiłowe pochodzenie porażenia postępującego.

Dowodziły tego przedewszystkiem dane statystyczne. Już Fournier wykazał, że na 42 statystyki w 14 statystykach kiła występuje nie mniej, niż w 80% w etyologii porażenia postępującego. Dalej wykazał, że na 79 przypadków porażenia postępującego, zebranych przez niego, w 63 leczenie przeciwkiłowe było krótkie lub niedostateczne, a tylko w 4 zadowalniające. Nowsze statystyki, z całą ścisłością kontrolowane, wykazują w etyologii porażenia postępującego kiłę w 90% [2]).

Badania kliniczne i epidemiologiczne dostarczyły przekonywających dowodów. Więc przedewszystkiem od 30 z górą lat znane porażenie postępujące wieku młodzieńczego (p. pr. juvenilis), w którem stale można wykazać współrzędnie znamiona kiłowe u chorych (na oczach, uszach, zębach) lub w najbliższem rodzeństwie, lub wreszcie porażenie postępujące, czy wiąd rdzenia (tabes) u rodziców. Dalej t. zw. paralysis pr. conjugalis, czyli porażenie postępujące u obu małżonków, jako skutek zakażenia kiłowego jednego z nich — spostrzegano coraz częściej. Na 1000 przypadków porażenia postępującego spostrzegali Junius i Arndt 38 przypadków tego rodzaju. Bardzo ciekawe w tym względzie są dane Hauptmana, oparte na badaniach serologicznych: znajdował on odczyn Wassermanna dodatni u obu małżonków, jeśli jedno z nich cierpiało na chorobę układu nerwowego pochodzenia kiłowego, lub jeśli jedno z nich przechodziło kiłę, która nie pozostawiła żadnych śladów, lub wreszcie było pozornie zdrowe, w wywiadach nie wykazywało kiły,

[2]) Hoche. Dementia paralyt. Hndb. d. Psychiatrie pod red. prof. Aschaffenburga.

lecz odczyn Wassermanna miało dodatni. Ten autor podkreśla uderzający fakt, że kiła w lues conjugalis miała przebieg ukryty (latent) w 100%.

Wreszcie dodajmy do powyższych faktów dane serologiczne — odczyn Wassermanna dodatni w 100% (Nonne), badania cytologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego, analogię z zakażeniami świdrowcowymi, zmiany anatomo-patologiczne [3]).

Te wszystkie fakty o tyle posunęły naprzód sprawę etyologii porażenia postępującego, że zdołały zachwiać najbardziej rozpowszechnioną teoryę t. zw. zmian metasyfilitycznych.

Cierpienia takie, jak porażenie postępujące i wiąd zaczęto uznawać za cierpienia kiłowe nietylko co do ich pochodzenia, lecz i co do ich istoty [4]).

Wszystkie powyższe fakty stanowiły pośrednie dowody, analogie i pozostawiały wciąż jeszcze wątpliwości. Podejmowane przez wielu autorów badania mikroskopowe dawały stale wynik ujemny (Levaditi, Marinesco i w. in.). Badania doświadczalne również rzeczy nie wyjaśniały. Nie wyjaśniały sprawy podane przez Kraft-Ebinga doświadczenia, wykonane przez anonimowego autora, polegające na szczepieniu kiły chorym na porażenie postępujące z ujemnym wynikiem (nawiasem mówiąc, badania w takim samym stopniu niehumanitarne, jak i bezowocne). Landsteiner [5]) miał otrzymać w jednym przypadku wynik dodatni przy szczepieniu małpy zawiesiną mózgową, pochodzącą od chorego na porażenie postępujące. Odosobniony ten przypadek nie został dotąd przez nikogo potwierdzony mimo powtórzenia podobnych badań (Uhlenhut i Mulzer) [6]).

Ujemne wyniki badań bakteryologicznych i doświadczeń na zwierzętach, niedziałanie środków przeciwkiłowych, niepodobny do przyjętego schematu obraz anatomiczny, wszystko to pozostawiało otwartą sprawę etyologii porażenia postępującego.

Badania ostatnich czasów Noguchiego i Moore [7]), i wkrótce po nich ogłoszone badania Marinesco i Minea [8]), i nasze (Marie, Levaditi i Bańkowski) [9]) wypełniają tę lukę. jeśli nie całkowicie, to w znacznym stopniu.

W kilku przytoczonych powyżej pracach Noguchi i Moore [7]) podali, że w korze mózgowej paralityków postępujących zdołali wykazać krętki blade, posługując się metodą Levaditiego impregnacyi azotanem srebra. W pierwszej seryi badań wykazali oni obecność krętków w 12 przypadkach na 70 zbadanych mózgów. W następnej pracy [10]) Noguchi podaje badania, obejmujące 200 przypadków. z których w 48 zostały wykazane krętki. Metoda badania w zasadzie ta sama, w szczegółach nieco zmieniona. W największej liczbie przypadków krętki były rozsiane w korze mózgowej, bardzo rzadko w istocie białej, pozostawały w blizkim związku z komórkami nerwowemi, czasami z wypustkami cylindrów osiowych. Bardzo rzadko były widoczne w blizkości naczyń krwionośnych, nigdy nie znajdowały się w ścianach naczyń, ani w zgrubiałej oponie miękkiej

Na 12 zbadanych rdzeniów z przypadków wiądu miał Noguchi znaleść w jednym przypadku krętki blade.

Marinesco i Minea [8]) potwierdzili wyniki, otrzymane przez Noguchiego. Na 26 przypadków zbadanych wykazali ci autorowie krętki w jednym przypadku porażenia postępującego.

Wspólnie z Levaditim i Marie zaraz po ukazaniu się prac Noguchiego i Moore rozpoczęliśmy badania w tym kierunku na materyale, pochodzącym z Asile de Villejuif (Dr Marie). Wykonaliśmy dwie serye badań, z których pierwsza obejmuje 24 przypadki i dotyczy mózgów, przechowywanych w formalinie od dłuższego czasu, druga, dotycząca bieżącego materyału sekcyjnego, obejmuje 8 przypadków; materyał z tych 8 przypadków otrzymany był w możliwie świeżym stanie i możliwie wcześnie.

W pierwszej seryi posługiwaliśmy się metodą (powolną) Levaditiego w jej klasycznej formie. Skrawki dość cienkie — 2 do 5 mm., przenoszono z 10% formaliny do 90° alkoholu na 20 godzin, po opłukaniu w wodzie impregnowano azotanem srebra (1,5: 100,0) przy 37° C. w ciągu 3—4 dni, redukowano w kwasie pyrogallusowym (4,0: 100,0) z dodatkiem 5,0: 100,0 formaliny. Używaliśmy również modyfikacyi szybkiej tej metody, podanej przez Levaditiego i Manouëliana.

Obie te metody stanowią klasyczny sposób wykazywania krętków bladych w tkankach i oddały w tym kierunku bardzo wielkie usługi. W zastosowaniu do tkank mózgowej — mimo że pozwoliły wykazać krętki — nie są pozbawione ujemnych stron. Najczęściej zostają impregnowane silnie włókna nerwowe i w tych razach wykazanie delikatnych tworów, jakimi są krętki, staje się niepodobieństwem. Powinowactwo azotanu srebra do włókien nerwowych najwidoczniej musi być niemal takie samo, jak i do krętków. Wobec tego trudno znaleść sposób pewny, któryby ze stałą prawidłowością dawał wyniki pożądane. Liczne próby, wykonane przez nas, jak modyfikowanie czasu w rozmaitych okresach barwienia, wywołanie zmian w tkance zapomocą maceracyi, fermentów i t. p., wyników stałych nam nie dały. To samo stwierdzają Marinesco i Minea. Noguchi po wprowadzeniu drobnych modyfikacyi miał otrzymać znaczniejszy odsetek dodatnich wyników, lecz dane liczbowe nie przemawiają za stałością i prawidłowością tych wyników. Najlepsze jeszcze wyniki dawało nam dłuższe trakto-

---

[3]) Zmiany te, nie odpowiadające trzeciorzędnemu okresowi kiły, stanowiły dowód przeciwko teoryi kiłowej. Zwrócono uwagę wszakże na podobieństwo ich do zmian mózgowych w śpiączce chorobowej, do zmian w hepatitis interstitialis luetica, orchitis fibrosa luetica. Nowsze badania obraz anatomiczny w porażeniu postępującem uważają za typowy dla późnej kiły. (Stargardt. Zeitschr. f. Psych. Nr 69).

[4]) Patrz sprawozd. z zeszłorocznego Zjazdu niemieckich psychiatrów. (Tagung d. deutschen Vereins f. Psychiatrie).

[5]) Internat. Kongr. f. Hyg. u. Demogr. 1907. Cbl. f. Bakt. Ref. Bd. 57. 164.

[6]) Uwaga przy korekcie. Noguchi (Journ. of Medic. Assoc. z d. 12. VII. 1913) i Hans Berger (Münch. med. Woch. Nr 35. 2. IY. 1913) otrzymali pozytywne wyniki, szczepiąc króliki zawiesiną mózgu, pochodzącą od chorych na poraż. postęp.

[7]) H. Noguchi et Moore. Journ. of exper. M. 1. Luty 1913.
Ciż. Comptes rendus de la Soc. de Biol. Marzec 1913.
Ciż. Münch. med. Wochenschr. 1913. Nr 14.
Moore. Journ. of nervous and mental diseases. 1913. XL. p. 172.

[8]) Marinesco et Minea. Bull. de l'Acad. de Med. Nr 12. 1. kwiecień 1913.

[9]) Marie, Levaditi et Bańkowski. Compt. rendus de la Soc. de Biol. 19. IV. 1913. i Compt. rendus de la Soc. de Biol. 10. V. 1913.

[10]) l. c. (Münch. med. Woch.).

wanie alkoholem (3—4 dni). Przy używaniu grubszych skrawków i dłuższem traktowaniu alkoholem, impregnowaniu w zwykłej ciepłocie, udaje się często otrzymać preparaty bardzo dobre, o włóknach brunatno, krętkach czarno zabarwionych.

Dość wielka żmudność metody nie pozwala na dokładne zbadanie większych odcinków mózgu w każdym przypadku.

Wobec tego w drugiej seryi badań, wykonanej na materyale świeżym, postępowaliśmy w sposób prostszy. Po usunięciu opony miękkiej wycinaliśmy nożyczkami drobny kawałek kory mózgowej (2—3 mm.), rozcieraliśmy na szkiełku przedmiotowem w paru kroplach rozczynu fizyologicznego soli kuchennej, kroplę zawiesiny przenosiliśmy na drugie szkiełko, rozcieńczaliśmy rozczynem soli, przykrywaliśmy szkiełkiem nakrywkowem i badaliśmy w ultramikroskopie. Z tej samej zawiesiny sporządzaliśmy preparaty stałe do barwienia metodą Fontana[11])-Tribondeau[12]), tuszem, błękitem Löfflera. Zasługuje na wyróżnienie bardzo prosta i dobra metoda Fontany-Tribondeau.

Każdy mózg badaliśmy systematycznie, t. j. kolejno badaliśmy zakręty mózgowe, poczynając od przednich płatów.

Na 24 przypadków seryi pierwszej wykazaliśmy krętki blade w 2 przypadkach. Na 8 przypadków seryi drugiej znaleźliśmy je we wszystkich przypadkach. Te 8 przypadków dotyczą paralityków, zmarłych wskutek udaru.

Nie podajemy szczegółowych historyi chorób tych przypadków[13]). Pochodzą one wszystkie z zakładu dla umysłowo chorych, gdzie rozpoznanie porażenia postępującego stwierdzone było przez kilku lekarzy bez żadnych zastrzeżeń. W 5 przypadkach w wywiadach kiły niema (nie la syphilis), w jednym kiła przed 13 laty, w 2 niema wzmianki w tym kierunku. Objawy kliniczne, opisane w historyach chorób, typowe dla porażenia postępującego. Obraz pośmiertny: meningo-encephalitis diffusa. Czas trwania choroby w zakładzie najczęściej od 1 roku do 7 lat. Przyczyna śmierci w 9 przypadkach udar, w jednym przypadku — przebieg długotrwały ze zwolnieniami, z charłactwem. Wiek zmarłych — od 36 do 50 lat.

Morfologicznie krętki były typowe, niekiedy miały formy zaokrąglone. Co do ilości krętków, to w 3 przypadkach były bardzo liczne (jak w przypadkach wątroby kiłowej płodu zmacerowanego), w 3 liczne, w 2 bardzo rzadkie. W największej liczbie i najczęściej znajdowaliśmy je w przednich częściach mózgu (gyr. front. I. II, gyr. Rolando, okolica f. Sylvii) czasami t y l k o w płatach potylicznych. W przeważnej liczbie przypadków są krętki rozsiane w rozmaitych okolicach kory mózgowej, często spotyka się je w postaci ognisk, tak że można je było stwierdzić w dużej ilości w napotkanem drobnem ognisku, a nie znaleść wcale w blizkiem sąsiedztwie. Siedziba krętków ograniczała się zawsze do kory mózgowej, raz jeden znaleźliśmy krętki w płynie, wziętym z komór mózgowych. Widoczny był ich blizki związek z komórkami, niekiedy zdawały się spoczywać w samej komórce (na komórce?), często jakby uczepione przez komórkę nerwową. Bardzo obfite były krętki w niektórych preparatach w blizkości naczyń. W oponach mózgowych, stale zgrubiałych, ani razu nie znaleźliśmy krętków bladych. Co do kory mózgowej, to te części, które okazywały najdalej posunięte zmiany degeneracyjne, były jałowe najczęściej.

(Dokończenie nastąpi).

---

11) Fontana. Pathologica 1913 str. 109.

12) Tribondeau Bull. de la Soc. franc. de dermat. 7 nov. 1912 r.

13) W wymienionych dwóch pracach naszych są przytoczone historye chorób 8 przypadków; 2 nowe spostrzeżenia nie są tam załączone, dotyczą one drugiej seryi badań.

Przemiana ciał purynowych, a dna.

Podał

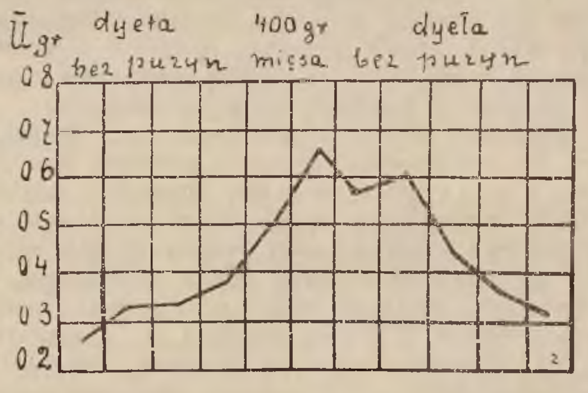
Dr Jan Nowaczyński.

asystent kliniki medycznej U. J.

(Dokończenie).

Dalej krzywa kwasu moczowego egzogenicznego przedstawia również charakterystyczne nieprawidłowości; krzywą tę badamy w ten sposób, iż choremu, który od kilku dni pozostaje na dyecie bezpurynowej i którego wartości Ū znamy z tego okresu, podajemy przez jeden lub dwa dni potrawy, zawierające ciała purynowe, więc np. 200—300 gr. mięsa lub 10—20 gr. nukleinianu sodowego.

U zdrowego człowieka, jak wspomniałem, następuje tego samego dnia zwiększenie wydzielania kwasu moczowego, które szybko się kończy i wraca do poziomu prawidłowego po usunięciu pokarmów purynowych. Natomiast u człowieka chorego na dnę wydzielanie odbywa się powoli, przewleka się przez kilka dni i wraca powoli do stanu prawidłowego, przyczem ilości wydzielanego kwasu moczowego są znacznie niższe, niż u zdrowego w tych samych warunkach badania. Schematycznie przedstawiać się to będzie następująco:



Zauważyć należy, iż wydzielanie kwasu moczowego egzogenicznego różnie przebiega u różnych chorych dnawych: tak n. p. z badań szkoły Noordena wynika, że jedni chorzy wydzielają kwas moczowy po 200 gr. mięsa równie szybko jak zdrowi, lecz po 300 lub 400 gr. wydzielanie u nich się przewleka; u innych znów już po 100 gr. zauważyć się daje ta nietolerancya. Dlatego też uważa Noorden za konieczne przeprowadzić w każdym przypadku dny badanie tolerancyi dla pożywienia purynowego, podobnie jak w cukrzycy dla węglowodanów.

Dalszą nieprawidłowością, względnie charakterystyczną dla dny cechą jest zachowanie się krzywej kwasu moczowego przed ostrym napadem dny, w czasie jego trwania, oraz po jego ustąpieniu, mianowicie obniża się ona przed

napadem bardzo znacznie, podnosi się w czasie napadu mniej lub więcej wysoko, w każdym razie jednak ponad zwykłe wartości, i opada znowu po ustąpieniu napadu. Umber nazywa te trzy okresy: pierwszy anakrytycznym okresem obniżenia (anakritisches Depressionsstadium), drugi napływem kwasu moczowego (Harnsäureflut), trzeci zaś pokrytycznym okresem obniżenia (postkritisches Depressionsstadium).

To zachowanie się krzywej jest charakterystyczne i ważne zarazem dla rozpoznania różniczkowego n. p. w tych przypadkach, gdzie chodzi o rozstrzygnięcie, czy przewlekłe schorzenie stawów, w którego przebiegu wystąpiło nagle zaostrzenie zapalne, jest przyrody dnawej, czy nie.

Ostatnią wreszcie nieprawidłowością w dnie jest, jak wspomniałem, obecność wzmożonej ilości kwasu moczowego we krwi. Wprawdzie we krwi człowieka zdrowego znajdowano kwas moczowy, lecz po spożyciu obfitem potraw purynowych, a więc objaw przejściowy, u chorego na dnę zaś urikemia jest zjawiskiem stałem. Na fakt ten zwrócili uwagę Schittenhelm i Brugsch; pozostaje on w charakterystycznym stosunku do zmniejszonego wydzielania kwasu moczowego.

Zachodzi pytanie, do jakiej kategoryi zaliczyć należy urikemię dnawą, czy więc jest ona następstwem zatrzymania, czy też nadmiernego wytwarzania kwasu moczowego w ustroju?

Z uwagi na to, że w dnie poza napadem ostrym wartości U endogenicznego są niższe, niż w warunkach prawidłowych, możnaby myśleć o zatrzymaniu kwasu moczowego we krwi, podobnie, jak się rzecz ma w zapaleniu przewlekłem nerek; przypuszczając to, stalibyśmy na stanowisku Garroda, który przyczynę zwiększonej ilości U we krwi upatrywał w upośledzonej zdolności wydzielania nerek u chorego na dnę. I to tłomaczenie byłoby słuszne dla przypadków dny, powikłanych schorzeniem nerek, czyli dla t. zw. »dny nerkowej«, jaką przyjmuje Ebstein: tłomaczenie to jednak nie wystarcza dla licznych przypadków dny, gdzie nerki anatomicznie są zupełnie prawidłowe. Porównując zaś stosunki U w moczu w przebiegu dny właściwej, a nerkowej, stwierdzamy zasadniczą różnicę: w dnie nerkowej zawartość kwasu moczowego krwi i moczu waha się zależnie od stopnia niedomogi nerki, natomiast w dnie właściwej znajdujemy zawsze stale nizkie wartości dla kwasu moczowego endogenicznego, czyli zatrzymaniem kwasu moczowego nie możemy tłómaczyć urikemii w przebiegu dny. Trzeba szukać innych przyczyn. Również i tłómaczenie Umbera tej treści, że chory na dnę zatrzymuje i gromadzi kwas moczowy w tkankach, także nie wystarcza.

Kilka słów jeszcze o patochemii dny. Teorye, zmierzające do wytłómaczenia przyczyn zaburzeń dnawych, nie wyjaśniają nam zupełnie istoty dny. Brugsch i Schittenhelm przyjmują na podstawie swych badań, że w dnie sprawa tworzenia się i rozpadu kwasu moczowego jest zwolniona; tworzy się mianowicie mniej kwasu moczowego, wogóle cała przemiana purynowa idzie leniwo, a wytworzony kwas moczowy trudniej i wolniej rozkłada się. Przyczyną tego mają być zaburzenia czynności zaczynów, biorących udział w rozkładzie kwasów nukleinowych, przedewszystkiem upośledzona urykoliza, względnie nawet brak jej. Hyperurikemię zaś tłómaczą wspomniani autorowie tem, że tkanki, względnie narządy, — które, nie wiadomo — głównie zapewne mięśnie, nie są zdolne rozłożyć kwasu moczowego, doprowadzonego do nich drogą tętniczą, przez co kwas ten nagromadza się w ilości większej w krwi żylnej. Dla wyjaśnienia zaś, dlaczego nerki nie wydzielają natychmiast nadmiaru kwasu moczowego znajdującego się we krwi, przyjmują ci autorowie niedomogę nerek, która rozwija się wtórnie w następstwie stałej, przewlekłej urikemii. Wydzielanie kwasu moczowego następuje dopiero wtedy, gdy kwas moczowy osiągnie pewne zgęszczenie we krwi; to zgęszczenie zaś u chorego na dnę jest stale większe, niż u zdrowego z tego powodu, że tu powoli i stale napływa kwas moczowy, a nie szybko i nagle, jak u zdrowego i nie opada szybko po wydzieleniu, jak u zdrowego, lecz utrzymuje się stale na wysokim poziomie. Nerki przyzwyczajają się do tych zwiększonych ilości kwasu moczowego i oddziałują wydzielaniem jego dopiero od pewnego poziomu. Analogię do tego zjawiska do pewnego stopnia mamy w cukrzycy, w której często, mimo że cukier się nie wydziela, stwierdza się znaczną hyperglykemię. Przeciw tej hypotezie przemawiają niektóre spostrzeżenia, np. zwiększanie się wydzielania kwasu moczowego w czasie napadu dny, oraz ten fakt, że chory na dnę po podaniu pożywienia, zawierającego ciała purynowe, wydziela zwiększone ilości kwasu moczowego, a nie zatrzymuje go we krwi.

Umber przypuszcza również możliwość zaburzeń czynności zaczynów, za przyczynę jednakże nieprawidłowego wydzielania kwasu moczowego w dnie uważa zwiększone powinowactwo tkanek do kwasu moczowego, które wiedzie do jego zatrzymywania w ustroju. To powinowactwo, objawiające się zdolnością absorbcyjną, jest dla różnych tkanek różne, największe zaś dla tkanki chrząstkowej; tem tłomaczyłoby się zjawisko odkładania się złogów kwasu moczowego w tkance chrząstkowej w przebiegu dny.

Zachodzi pytanie, w jaki sposób powstaje odkładanie się kwasu moczowego w postaci soli moczanowych w tkankach, oraz występowanie napadów dny, — zjawiska, tak charakterystyczne dla tej sprawy chorobowej. Pewne światło w tym kierunku rzucają badania Gudzenta. Stwierdził on mianowicie, że kwas moczowy we krwi znajduje się w postaci moczanu jednosodowego (Mononatriumurat), i to w postaci dwu związków izomerycznych, t. zw. moczanu laktamowego i laktimowego (Laktam i Laktimurat). Pierwszy jest łatwiej rozpuszczalny, rozkłada się też łatwo, po pewnym jednak czasie przechodzi wskutek przemieszczenia drobinowego w postać drugą, laktimową, stalszą i trudniej rozpuszczalną. Rozpuszczalność moczanu laktamowego wynosi 18·4 mg., a laktimowego 8·3 mg. w 100 cm^3 surowicy krwi. Ponieważ zaś, jak liczne badania stwierdzają, we krwi dnawych znajduje się średnio 5 do 10 mg. kwasu moczowego w 100 cm^3 surowicy, to jasną jest rzeczą, że zawartość kwasu moczowego we krwi prawie przekracza granicę rozpuszczalności moczanu laktimowego, czyli postaci stałej, jednem słowem, krew dnawego przedstawia się jako nasycony rozczyn kwasu moczowego. Nic więc dziwnego, że wobec takich warunków istnieją wszelkie dane do strącania się kwasu moczowego w tkankach. Jakie zaś są przyczyny, że kwas moczowy strąca się w pewnych tkankach, przedewszystkiem w chrząstce, a więc w stawach i ich sąsiedztwie, pozostaje niewyjaśnionem. Być może, że przyczyniają się do tego niekorzystne stosunki krążenia krwi, do czego dołącza się niezdolność tych tkanek do rozkładania i usuwania kwasu moczowego. Zdolność soków tkankowych rozpuszczania kwasu moczowego musi być w tych razach zupełnie inna, niż we krwi, w której kwas moczowy nie strąca się mimo, że w niektórych przypadkach, jak w białaczce, zwłaszcza po naświetlaniu promieniami X, lub w zapaleniu płuc włóknikowem po przełomie kwas moczowy z pewnością znajduje się w rozczynie nasyconym.

W miejscu, gdzie kwas moczowy strącił się, gromadzą się obficie leukocyty, które usiłują usunąć kwas moczowy. W ten sposób powstaje stan zapalny, objawiający się jako napad dny. Że ta sprawa tak się odbywa, świadczą o tem doświadczenia Hisa i Freudweilera, którzy przez wstrzykiwania moczanu sodu do jam stawowych zwierząt zdołali wywołać zmiany zapalne, zupełnie podobne do zmian dnawych. Zmiany zapalne w tych razach są rodzajem dążności ustroju do usunięcia kwasu moczowego odłożonego i przeszkodzenia dalszemu odkładaniu się; jestto jedyny sposób, jakim ustrój może się posługiwać w tych razach.

Wspomnieć tutaj muszę, iż często zdarza się, że miesza się pojęcia oraz dwie sprawy chorobowe, nic wspólnego ze sobą nie mające, t. j. dnę ze skazą moczanową i uważa się je za jedną i tę samą sprawę.

Pod skazą moczanową rozumiemy ten stan chorobowy,

w którym wydziela się w moczu kwas moczowy i sole moczanowe i przez to powstaje owo zwykłe »sedimentum lateritium«, jakie widzimy często w moczu dłużej stojącym i oziębionym. Zjawisko to może mieć znaczenie tylko wtedy, jeśli sole moczanowe pojawiają się w świeżo oddanym moczu, a więc w tych przypadkach, gdzie zachodzi niebezpieczeństwo, że sole te strącają się w pęcherzu lub w miedniczkach nerkowych, przez co mogą dać powód do tworzenia się kamieni nerkowych.

Te stany chorobowe nie mają nic wspólnego z dną; chory dnawy, u którego wyjątkowo nizki jest wywóz kwasu moczowego w moczu, z natury rzeczy nawet mniej jest skłonny do skazy moczanowej, a więc do tworzenia się kamyków, niż ci, którzy wydalają prawidłowe lub zwiększone ilości kwasu moczowego. Oczywiście zdarzyć się może kombinacya obu tych stanów, a zdarza się to najczęściej wtedy, gdy pierwotna skaza moczanowa doprowadziła do przewlekłych zmian zapalnych nerek, które znów następowo stały się przyczyną dny nerkowej.

Trzy więc sprawy chorobowe, w których kwas moczowy jako »materia peccans« wchodzi w grę, musimy rozróżnić, t. j.: 1) dnę właściwą, 2) dnę nerkową i 3) skazę moczanową.

Co się tyczy dny właściwej, to charakterystyczne jej właściwości będą następujące:

1) Krew chorego na dnę zawiera zawsze i stale kwas moczowy także i wtedy, gdy chory nie spożywa pokarmów, zawierających ciała purynowe.

2) Kwas moczowy powstaje przez rozpad nukleoproteidów jąder komórkowych żyjącego ustroju z jednej strony i z nuklein doprowadzonego pożywienia; stąd rozróżniamy w pierwszym razie kwas moczowy endogeniczny, w drugim egzogeniczny.

3) Kwas moczowy powstaje z rozpadu nukleoproteidów za działaniem różnych fermentów, które w kolejnem następstwie działają następująco: ferment proteolityczny (rozszczepia nukleoproteidy na kwasy nukleinowe), nukleaza (rozszczepia kwasy nukleinowe na zasady purynowe: guaninę i adeninę), ferment hydrolityczny lub puryndezamidaza (rozszczepia guaninę i adeninę na ksantynę i hypoksantynę), ferment utleniający lub ksantynoksydaza (rozszczepia hypoksantynę i ksantynę na ksantynę i kwas moczowy), wreszcie ferment urykolityczny (rozszczepia kwas moczowy prawdopodobnie na mocznik).

Dna w pierwszej linii polega na zaburzeniu przemiany ciał nukleinowych.

4) Chory na dnę wbrew zdawna zakorzenionym przekonaniom wydziela w moczu w okresie dny przewlekłej, poza napadami ostrymi, bardzo małe ilości kwasu moczowego; w czasie ostrego napadu ilości te wzrastają znacznie, poczem szybko opadają do dawnego nizkiego poziomu.

5) Po wprowadzeniu do ustroju pożywienia, zawierającego ciała purynowe, chory na dnę wydziela w moczu znacznie mniej kwasu moczowego, niż zdrowy w tych samych warunkach, przyczem wydzielanie kwasu moczowego jest powolne i przewleka się.

Co się tyczy rozpoznania dny, to w tych przypadkach, gdzie pojawiają się typowe napady, charakterystyczne zajęcia stawów oraz złogi dnawe, we właściwy sposób się sadowiące, rozpoznanie nie sprawia trudności. Zdarzają się jednak liczne przypadki dny ukrytej z nieokreślonemi dolegliwościami i niecharakterystycznemi zmianami stawów, których nie rozpoznaje się jako dnę, mimo że nią są, lub odwrotnie inne przypadki uważane i leczone bywają jako dna, chociaż nie są dną właściwą; w jednych i drugich przypadkach stosuje się leczenie niewłaściwe, przez co naraża się chorych na szkodę. W tych przypadkach więc, chcąc dojść do pewnego rozpoznania, należy uciec się do badań chemicznych, które, jak to zresztą wynika z tego, co mówiono o patologii przemiany purynowej, powinny być zwrócone w kierunku badania krwi co do obecności kwasu moczowego i metodycznego badania kwasu moczowego w moczu po dowozie ciał purynowych.

Badania te, czysto chemiczne, zbyt uciążliwe dla praktyka, muszą być wykonywane w zakładach chemicznych lub klinikach. Do badania krwi potrzeba conajmniej 150—200 cm^3 krwi, uzyskanej przez nakłucie żylne. Do badania zaś przemiany purynowej trzeba uwzględnić następujące warunki: Chory poddany badaniu musi pozostawać przez kilka dni na dyecie wolnej od puryn, a więc czysto mleczno-jarzynowej; przez ten czas (4—5 dni) oznacza się stale ilości kwasu moczowego w ilości dobowej moczu; następnie podaje się choremu pewną ilość mięsa (n. p. 400 gr.) lub kwasu nukleinowego (n. p. 10—20 gr) o znanej zawartości azotu i zasad purynowych i oblicza się znów przez 4—5 dni następnych ilość kwasu moczowego wydzielonego. W ten sposób stwierdza się nieprawidłości w wydzielaniu kwasu moczowego, tak charakterystyczne dla dny.

W końcu chciałbym na tem miejscu wspomnieć o własnych badaniach chemicznych z zakresu przemiany purynowej. W roku zeszłym w czasie pobytu mego w klinice Noordena zajmowałem się badaniem wydzielania kwasu moczowego w białaczkach pod wpływem leczenia thorem X [1]) oraz w schorzeniach przysadki mózgowej (akromegalia i dystrophia adiposo-genitalis) [2]).

O wynikach badań w tych drugich schorzeniach chcę tu wspomnieć. Mogą one być o tyle ciekawe, iż wydzielanie kwasu moczowego w schorzeniach przysadki nie było dotąd badane.

Poddałem badaniu trzy przypadki akromegalii i dwa dystrofii; materyał nie duży, lecz zważyć trzeba, że schorzenia te są bardzo rzadkie. Jeden z przypadków akromegalii był operowany, w jednym zaś z przypadków dystrofii stwierdziła sekcya obecność torbielowatego guza przysadki.

Kwas moczowy obliczałem metodą Hopkins-Folin-Shaffera, polegającą na tem, że kwas moczowy strąca się w moczu jako moczan amonu, który następnie miareczkuje się w rozczynie kwasu siarkowego zapomocą $^1/_{20}$ N nadmanganianu potasu.

I stwierdzono rzecz ciekawą: w przypadkach akromegalii ilość kwasu moczowego endogenicznego przewyższała prawie o połowę, a nawet więcej, średnie wartości prawidłowe; po podaniu zaś nukleinianu sodowego następowało szybkie i odpowiednio wysokie wydzielanie kwasu moczowego. Tymczasem w przypadkach dystrofii (adip. genit.), rzecz zupełnie przeciwna: mianowicie wartości kwasu endogenicznego niższe od średnich prawidłowych, a wydzielanie nukleinianu sodowego mało wzmożone, raczej przewlekające się.

Te różnice w wydzielaniu kwasu moczowego w schorzeniach przysadki o charakterze wzmożonej jej czynności (hyperpituitarismus), a w schorzeniach o charakterze zmniejszonej czynności (hypopituitarismus) przysadki zbyt są jaskrawe, by mogły być uważane za przypadkowe.

Tak wysokie wartości kwasu moczowego wydzielanego w moczu, jak przy akromegalii, znajdujemy w chorobach, w których tkanka limfatyczna, względnie leukocyty, ulegają silnemu rozpadowi. W akromegalii natomiast niema wzmożonego rozpadu tkanki limfatycznej; przyjąć więc należy inną przyczynę tej wzmożonej przemiany purynowej — jaką zaś, nie wiemy; bardzo być może, że odgrywa tu rolę czynnik jakiś, kto wie, czy nie czynnik, wychodzący z przysadki samej, jako gruczołu o wewnętrznem wydzielaniu, a więc jego hormon.

Jakkolwiek się to dzieje, czy przez mobilizacyę fermentów, odgrywających rolę w przemianie purynowej, czy

---

[1]) Praca ogłoszona drukiem w »Strahlen-Therapie«. 1912. H. 2.

[2]) Praca ogłoszona drukiem w »Berl. klin. Woch.« Nr 38, 1912 r.

przez inną drogę, w każdym razie fakt zależności tej żywej przemiany purynowej od gruczołu o wewnętrznem wydzielaniu jest nowy i godny podania do szerszej wiadomości.

Z miejskiej pracowni bakteryologicznej i z zakładu weterynaryi Prof. Dr J. Nowaka w Krakowie.

Nowy przyrząd do odkażania formaliną w pokojowej ciepłocie.

Podali

Doc. Dr R. Nitsch, bakteryolog miejski i **M. Okolska.**

(Dokończenie.)

Natomiast doświadczenie 1), wykonane z bakteryami po długiem nieużywaniu przyrządu, dało znacznie gorsze wyniki. Na nitkach, umieszczonych na górze ręcznika i na powierzchni nawet, po 24 godzinach bakterye nie zostały zabite, na nitkach umieszczonych na dole ręcznika (bliżej formaliny), zostały zabite już po $5^1/_2$ godz. (po 1 godzinie jeszcze nie). Dziwna rzecz, że na nitkach, ukrytych we fałdzie w górze ręcznika, bakterye po 24 godzinach zostały zabite (po $5^1/_2$ godzinach jeszcze nie). To samo widzimy i na nitkach, przyszpilonych w dole ręcznika (bliżej formaliny), gdzie już po 1 godzinie bakterye ukryte we fałdzie zostały zabite, a leżące na powierzchni jeszcze po 1 godzinie wyrosły. Dlaczego w tem doświadczeniu 2 razy bakterye w fałdzie ukryte zostały zabite, a leżące powierzchownie ocalały, nie możemy sobie wytłómaczyć.

Natomiast niedostateczne działanie formaliny w pierwszem doświadczeniu w porównaniu z doświadczeniami 2) 3) i 4) tłómaczy się naszem zdaniem tem, że przyrząd poprzednio był przez długi czas nieużywany i zupełnie wolny od zapachu formaliny. Gdy więc z początkiem doświadczenia wlano do niego formalinę, musiał przejść dłuższy czas, zanim pary jej dostały się aż do wierzchu przyrządu, bo w pokojowej ciepłocie formaldehyd ulatnia się bardzo pomału. W następnych doświadczeniach, robionych z kilkudniowemi przerwami, był cały przyrząd przesiąknięty wonią formaliny i pary jej mogły działać zaraz od początku doświadczenia.

Do każdego z tych doświadczeń użyto $^1/_2$ litra formaliny.

Doświadczenia 5—10 wykonano z surdutem zimowym i z bakteryami okrężnicy, gronkowcami i prątkami błoniczymi. Z każdym gatunkiem bakteryi wykonano 2 doświadczenia: jedno z ilością $^1/_2$ litra, a drugie z $^1/_4$ litra formaliny.

W doświadczeniu 5) z gronkowcami i $^1/_2$ litrem formaliny był po 4 godzinach wynik odkażania bardzo lichy. Po 28 godzinach działania wynik poprawił się znacznie, ale i tak jeszcze gronkowce, umieszczone na wierzchu surduta (najdalej od formaliny) na kołnierzu i pod kołnierzem, nie zostały zabite. Tak samo ocalały gronkowce, ukryte w górnej wewnętrznej kieszeni. Wszystkie inne zginęły. I te, które ocalały, zostały widocznie znacznie osłabione, lub też ocalały tylko nieliczne, skoro po 24 godzinach na bulionie jeszcze nigdzie wzrostu ich nie zauważono. Po 48 godzinach hodowli zauważono wzrost gronkowców, ukrytych pod kołnierzem i wewnątrz górnej kieszeni, a dopiero po 4 dniach zauważono wzrost gronkowców, umieszczonych na kołnierzu. Widocznie zostają one ogromnie osłabione.

Doświadczenie 7) wykonano także z gronkowcami, ale z ilością tylko $^1/_4$ litra formaliny. Odrazu wpada w oczy, że wynik w tem doświadczeniu jest po 4·10 godzinach lepszy, aniżeli w doświadczeniu 5), chociaż tam użyto dwa razy więcej formaliny. Także po 22 godzinach wynik jest nieco lepszy. Gronkowce ukryte pod kołnierzem, na podszewce i w kieszeni górnej wewnętrznej, — chociaż bardzo osłabione, — ocalały jednak. Dla wytłomaczenia tego paradoksalnego wyniku doświadczenia, że $^1/_2$ litra formaliny gorzej działało, aniżeli $^1/_4$ litra, przytoczymy znowu, że doświadczenie 5) (z $^1/_2$ litra formaliny), było wykonane w 14 dni po poprzedniem — a doświadczenie 7) (z $^1/_4$ litrem formaliny) w 4 dni po poprzedniem. Prawdopodobnie więc przyrząd, do którego przez 14 dni nie nalewano świeżej formaliny, znacznie mniej przeszedł jej parami, aniżeli wtedy, kiedy miał przed 4 dniami nalaną świeżą formalinę.

Doświadczenie 6) i 9) wykonano z bakteryami okrężnicy, a mianowicie 6) z $^1/_2$ litrem, a 9) z $^1/_4$ litrem formaliny. Widzimy, że z $^1/_2$ litrem formaliny nastąpiło już po 4 godzinach idealne odkażenie wszystkich bez wyjątku nitek, a $^1/_4$ litra formaliny nie zabiło po $4^1/_2$ godzinach bakteryi, ukrytych na podszewce i w górnej wewnętrznej kieszeni. Nawet po 23 godzinach bakterye na nitce na podszewce zostały żywe i, jak się zdaje, wcale nie osłabione. Jak nam się zdaje, działał tu jednak obok mniejszej ilości formaliny i ten fakt, że doświadczenie 6) wykonane było w 48 godzin po poprzedniem, a doświadczenie 9) w 6 dni po poprzedniem. Czy także i szczep bakteryi okrężnicy, użyty w doświadczeniu 9), nie był odporniejszy, niż szczep, użyty w doświadczeniu 6), nie podobna powiedzieć.

Wreszcie doświadczenia 8) i 10) wykonano z bakteryami błoniczemi, a mianowicie doświadczenie 8) z $^1/_4$ litrem a doświadczenie 10) z $^1/_2$ litrem formaliny. Widzimy, że w doświadczeniu 8) po 4 g. 5′ nie zostały zabite bakterye umieszczone na nitkach pod kołnierzem, na podszewce i w kieszeni górnej wewnętrznej. Zostały one jednak dość znacznie osłabione, jak sądzić można z tego, że dopiero po 48 godzinach zauważono wzrost ich na surowicy Loefflera. Natomiast po 24 godzinach zostały wszystkie bez wyjątku bakterye zabite.

W doświadczeniu 10) (z $^1/_2$ litrem formaliny) widzimy wynik znacznie gorszy: po $3^1/_2$ godzinach tylko bakterye znajdujące się najbliżej formaliny, — na dole surduta i na zewnątrz —, zostały zabite. Wszystkie inne przeżyły. Natomiast po 24 godzinach widzimy, że i w tem doświadczeniu wszystkie bez wyjątku bakterye zostały zabite. Gorszy wynik odkażenia w doświadczeniu z większą ilością formaliny przypisać należy częściowo może temu, że w nich formalina działała o 35 minut krócej, a, — jak sądzimy — częściowo i temu, że doświadczenie 8) (z $^1/_4$ litra formaliny) wykonane było w 2 dni po poprzedniem, a doświadczenie 10) z $^1/_2$ litra formaliny dopiero w 15 dni po poprzedniem.

Jeżeli przyjrzymy się teraz wszystkim razem doświad-

czeniom, wykonanym z surdutem, zobaczymy, że zawsze bakterye, umieszczone na nitce przyczepionej u dołu surduta, — nawet po $3^1/_2$—4 godzinach —, zostały zabite. Formalina działała tutaj jednakowo na gronkowce, bakterye błonicze i bakterye okrężnicy. Przyczyna tego leży, jak sądzimy, w tem, że dół surduta był najbliżej formaliny, więc pary jej najdłużej i najsilniej nań działały.

Stosownie do tego widzimy, że i bakterye na nitkach w dolnej kieszeni surduta, zostały po 20—24 godzinach zabite we wszystkich doświadczeniach. Natomiast po $3^1/_2$—4·10 godzinach nie zostały zabite w doświadczeniu 5) i 7) (gronkowce) i w doświadczeniu 10) (błonica).

Widzimy więc, że odpowiednio do tego, czy bakterye są umieszczone na powierzchni, czy też ukryte w kieszeni, zostają łatwo lub trudno zniszczone.

Dalej bakterye, ukryte w górnej wewnętrznej kieszeni surduta, nie zostały zabite nawet po 21—24 godz. w doświadczeniach 5) i 7) (gronkowce); po $3^1/_2$—$4^1/_2$ godz. zostały zabite tylko w jednem doświadczeniu 6) (coli), — zresztą w innych doświadczeniach pozostały żywe. Widzimy więc wyraźną różnicę między działaniem par formaliny na bakterye, ukryte w dolnej zewnętrznej kieszeni, a górnej wewnętrznej kieszeni, co — jak sądzimy — w części przypisać należy temu, że górna kieszeń była więcej oddalona od formaliny, niż dolna. Oprócz tego była ona też lepiej ukryta.

Że oddalenie od formaliny ma —w warunkach naszych doświadczeń— wpływ na jej działanie odkażające, widzimy wyraźnie z porównania wyników otrzymanych na bakteryach, umieszczonych na zewnątrz i na samym dole i na samej górze surduta. Na samym dole zostały one we wszystkich doświadczeniach zabite (jak już była o tem mowa) już po $3^1/_2$—$4^1/_2$ godzinach, a na samej górze surduta (na kołnierzu) ocalały w doświadczeniu 5) (gronkowce) i 10) (błonica); co więcej w doświadczeniu 5) nawet po 21 godzinach jeszcze niektóre pozostały żywe.

Wpływ ukrycia bakteryi pod warstwą ubrania na łatwość ich zabicia przez pary formaliny można także bardzo wyraźnie spostrzedz w naszych doświadczeniach na bakteryach, umieszczonych na kołnierzu i pod kołnierzem surduta. I tak w doświadczeniu 5) (gronkowce) widać wyraźny wpływ, co prawda tylko ilościowy, na bakterye odkryte a ukryte. W doświadczeniu 7) (gronkowce) bakterye odkryte zostały już po 4·10 godzinach zabite, a ukryte pod kołnierzem pozostały żywe jeszcze po 24 godzinach. W doświadczeniu 8) (błonica) również bakterye na kołnierzu zginęły już po 4·05 godzinach, a ukryte pod kołnierzem po 4·05 godzinach jeszcze wyrosły.

Omówienie tych szczegółów wystarczy. Jako wynik doświadczeń uznać trzeba fakt, że pary formalinowe nawet w pokojowej ciepłocie wywierają działanie odkażające dość wybitne, jeżeli działać mogą przez dłuższy czas i na odkryte bakterye. Nie ulega więc wątpliwości, że przyrząd opisany może oddać dobre usługi w odkażaniu ubrań, bielizny, płaszczów lekarskich i t. p., jeżeli podda się je działaniu par formalinowych przez 24 godzin i jeżeli ubranie tak umieścimy, aby zakażone jego części były wystawione bezpośrednio na działanie tych par. Należy więc w ubraniu takiem kołnierz postawić i kieszenie wywrócić, a surdut zawiesić na szaragach tak, żeby podszewka była tak samo dostępna dla par formaliny, jak i zewnętrzna jego powierzchnia. Do tego celu musiałby przyrząd być nieco większy, niż ten, który Dr A. Zopoth nam dał do zbadania.

Nie wahamy się w końcu polecić tego przyrządu lekarzom praktycznym, stykającym się z chorobami zakaźnemi (internistom, ginekologom, a zwłaszcza pedyatrom), którzy w tych stosunkach higienicznych, jakie jeszcze u nas panują, nie mogą ubrań swoich oddawać do odkażenia. Przyrząd ten może stać bardzo dobrze w przedpokoju lub w gabinecie; po powrocie z mieszkania zakażonego można w nim ubranie na 24 godzin powiesić i przebrać się w czyste, bez obawy przeniesienia choroby na swoją rodzinę lub na innych chorych. Po 24 godzinach można ubranie wyjąć i trochę przewietrzyć. Odkażenie nie będzie wprawdzie idealne, ale — jak sądzimy, — o wiele lepsze, niż to, co obecnie lekarze dla odkażania swych ubrań robią. Ubranie wcale się przytem nie niszczy, nie trzeba go odsyłać z domu, a po przewietrzeniu kilkogodzinnem do 24-godzinnem (zależnie od tego, czy wietrzymy na świeżem powietrzu, czy w mieszkaniu) można się w nie na nowo ubrać.

Należałoby przytem pamiętać, że o ile przyrząd nie był od kilkunastu dni lub dawniej używany, trzeba ubranie zostawić w nim na 48 godzin, a nie na 24. Czy użyjemy przytem $^1/_4$ litra, czy $^1/_2$ litra formaliny, to ma mniejsze znaczenie. Ze względu na to, co powyżej powiedziano, należałoby raz wlaną formalinę zostawić w przyrządzie aż do następnego odkażenia.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Doc. Decastello i Oszacki: **Kilka słów o zatruciu ołowiem** (Med. Kl. 1913 Nr 14). Chory, zajęty w ciemnym pokoju mieszaniem białej farby, zawierającej ołów, jadł równocześnie chleb z masłem, który przez omyłkę włożył do miski zawierającej farbę i mimoto dalej jadł. Nazajutrz zauważył chory silne pocenie się, żółtaczkowe zabarwienie skóry i białkówek, poczem dostał silnego bólu głowy i kolki jelitowej przy zaparciu stolca; metalicznego smaku w ustach nie zauważył. Po kilku dniach żółtaczka ustąpiła, śledziona jednak i wątroba były znacznie powiększone. Po trzech tygodniach wystąpiła znowu żółtaczka, przytem silna niemoc i brak apetytu, kilkakrotnie odczuł chory bolesne skurcze w mięśniach uda i goleni. Kolka jelitowa nie powtórzyła się. Nawrót objawów początkowych wystąpił mimo, iż chory z farbą ołowną wcale od pierwszego zasłabnięcia się nie zetknął. W stolcu można było w obu napadach żółtaczki stwierdzić dość wielką zawartość ołowiu, również, jakkolwiek znacznie mniej, w moczu, nawet we krwi. Stąd wnoszą autorowie, że ołów, jak i inne ciężkie metale, zostaje odłożony w wątrobie, poczem z żółcią wydziela się do jelita, wywołując przytem zatrzymanie żółci, może przy równoczesnem zajęciu nieżytowem dróg żółciowych. Przypadek ten, zdaniem autorów, jest pouczający z dwu względów: przez wystąpienie żółtaczki i przez nawrót choroby. Co do pierwszej, nie występuje ona zbyt często przy zatruciu ołowiem; w klasycznem dziele o ołowicy: »Traité des maladies du plomb« opisuje wprawdzie Touquerel de la Planche

przy zatruciu ołowiem pewne brudno-żółte zabarwienie skóry jako charakterystyczne, nie uważa go jednak za żółtaczkowe, tak z powodu tonu barwy, jakoteż dla braku w moczu odczynu barwików i kwasów żółciowych. Samoistny nawrót choroby po trzech tygodniach przemawia za tem, że ołów gdzieś w ustroju (wątroba) został odłożony, poczem sam dostał się znów do obiegu krwi i do jelit.

Mondschein.

Reibmayr: **O leczeniu białaczki benzolem** (Med. Kl. Nr 14 1913). Wychodząc z doświadczenia, że ciałka białe zostają zniszczone przez benzol, że więc jest on silną trucizną ciałek białych, a przytem wcale nie szkodzi ciałkom czerwonym, zastosował pierwszy Koranyi, po nim Kiralyfi benzol do leczenia białaczki. Stosowali oni przez 40—60 dni w dawkach coraz wyższych aż do 5 gramów na dzień i doszli do pomyślnych wyników o tyle, że ilość ciałek białych zbliżała się do prawidłowej, ilość ciałek czerwonych zwiększała się, obrzęk śledziony malał, stan ogólny poprawiał się, waga ciała wzrastała.

Zachęcony temi sprawozdaniami stosował autor benzol w białaczce w trzech przypadkach, doszedł w jednym do 413 gr. benzolu, a mimo to ilość ciałek białych nie opadła do stanu prawidłowego; w jednym przypadku zmniejszyła się ze 125,000 na 100,000, w drugim z 468,000 na 300,000, w trzecim z 300,000 na 100,000. R. zauważył jednak przytem, że stan ogólny się poprawiał, śledziona stale się zmniejszała; w moczu nigdy nie pojawiały się nieprawidłowe składniki. Benzol w kapsułkach z żelatyny znosili chorzy dobrze, przy stale dobrym apetycie. Autor jest tego zdania, że zapomocą benzolu udaje się prawie zawsze wywołać przejściowe polepszenie w białaczce i stawia ten sposób leczenia na równi z leczeniem promieniami Röntgena i toru, a poleca bardzo kombinacyę benzolu z energicznem leczeniem arszenikowem w postaci wstrzykiwań podskórnych.

Mondschein.

Buss: **Usadowienie się ostrego napadu dny w krtani** (Med. Kl. 1913 Nr 14). Do autora zgłosił się znany mu chory na dnę z silnymi bólami połykowymi i utrudnioną mową. Przy badaniu lusterkiem nie znalazł autor w gardle nic szczególnego z wyjątkiem miernego zaczerwienienia, natomiast obraz krtani był następujący: nagłośnia silnie zaczerwieniona, obrzękła, ustawiona pionowo i prawie nieruchoma, na wolnym jej brzegu wśród otoczenia, jeszcze bardziej niż reszta nagłośni czerwonego, kilka żółto-czarnych plamek, wielkości ziarnka soczewicy. Zresztą krtań wolna od zmian, struny głosowe białe. Obraz nagłośni wydawał się najbardziej zbliżonym do obrazu przy oparzeniu, autor jednak wiedząc, że chory cierpi na dnę, rozpoznał rzadką lokalizacyę dny. Po wielkich dawkach aspiryny, która choremu zresztą przy napadach ostrej dny zawsze ulgę sprawiała, i po zastosowaniu dyety przeciwdnawej, po kilku dniach ustąpiły bóle połykowe, a mowa stała się czystą i nieuciążliwą. Przy badaniu krtani były owe żółte plamki ledwo zaznaczone, zaczerwienienie i obrzęk ustąpiły, ruchomość nagłośni wróciła. Z dobrego wyniku dyety przeciwdnawej, jakoteż z obrazu krtaniowego przy braku innych przyczyn (oparzenie) wnosi autor, że sprawę rozpoznał trafnie.

Mondschein.

Frommer i Rubner. **Badania sprawności nerek za pomocą fenolsulfoftaleiny.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 11). Autorzy uważają wyniki badań sprawności nerek przy śródmięśniowem wstrzykiwaniu fenolsulfoftaleiny za bardzo niepewne. Wydzielanie fenolsulfoftaleiny waha się w znacznie szerszych granicach, niż to podawali inni klinicyści. Znacznie lepsze i pewniejsze wyniki spodziewają się F. i R. osiągnąć po zastosowaniu fenolsulfoftaleiny wśródżylnie

H. S.

Klejn. **O wpływie leczniczym benzolu na sprawy białaczkowe.** (Gaz. lek. 1913 Nr 11). Pierwszy Koranyi wpadł na myśl stosowania benzolu w białaczce, dotychczas jednak mało ogłoszono w tej sprawie spostrzeżeń. Na podstawie własnych spostrzeżeń dochodzi K. do wniosku, że leczenie wyłącznie benzolem w większości przypadków wywiera niewątpliwie wpływ pomyślny: powiększone narządy krwiotwórcze, a zwłaszcza śledziona, niejednokrotnie znacznie się zmniejszają, obraz krwi chorych zmienia się, a mianowicie zmniejsza się ilość leukocytów. Nie należy jednak uważać benzolu za środek niezawodny przeciwko białaczce. Znacznie lepsze wyniki dawało leczenie benzolem, kombinowane z naświetlaniem promieniami Roentgena: śledziona, gruczoły chłonne i wątroba znacznie się wtedy zmniejszały, ilość leukocytów wracała do stanu prawidłowego. Autor gorąco poleca to skombinowane leczenie, uważając, że benzol znakomicie wzmacnia i przedłuża pomyślne działanie promieni Roentgena.

H. S.

Grafe. **Udział białka w przemianie materyi ludzi gorączkujących oraz jego znaczenie teoretyczne i praktyczne.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 11). Wbrew dotychczasowym wynikom badań nad zwierzętami, a potem i ludźmi gorączkującymi, oraz twierdzeniom, że wzmożone wytwarzanie kaloryi w gorączce jest skutkiem zwiększonego spalania białka w ustroju, doszedł G. do przeciwnych wniosków. Badał on u ludzi gorączkujących, przeważnie w drugim tygodniu duru brzusznego, w stanie głodu, ilość wydzielonego w ciągu 24 godz. azotu w moczu, oraz ilość wytworzonych kaloryi i stąd obliczał udział białka w ogólnej przemianie materyi. Na podstawie tych doświadczeń twierdzi G., że spalanie białka w gorączce podlega tym samym prawom, co i w ustroju prawidłowym; udział jego w przemianie materyi w stanie gorączkowym jest taki sam, jak i w stanie bezgorączkowym. Oddziaływanie toksyn na spalenie białka w gorączkach zakaźnych u ludzi jest tylko bardzo małe lub nie istnieje. Może to mieć doniosłe praktyczne znaczenie, bo umożliwia w ciężkich stanach zakaźnych zapobieganie wszelkiej utracie białka i spadkowi wagi ciała przez odpowiednie racyonalne odżywianie, np. przez podawanie w stanie płynnym przeważnie węglowodanów, a tylko w małej ilości białka.

H. S.

Bełkowski. **Krwiomocz przy podawaniu urotropiny w tyfusie brzusznym.** (Gaz. lek. 1913 Nr 12). Autor spostrzegał wystąpienie krwiomoczu w 10% przypadków duru brzusznego leczonego urotropiną. Towarzyszyły temu zawsze te same objawy: parcie na mocz, ból i palenie przy oddawaniu moczu. Ilość białka nie przekraczała ani razu 0,5‰; wałeczków nerkowych nie było zupełnie. Szkodliwych następstw w przebiegu choroby nie spostrzegano, a po odstawieniu urotropiny szybko ustępował też i krwiomocz. W kilku przypadkach przeprowadzone badanie pośmiertne wykazało, że podrażnienie przy podawaniu urotropiny odbiło się przeważnie na pęcherzu moczowym, a w mniejszym stopniu na moczowodach i szyjce pęcherza. Zmiany w pęcherzu polegały na złuszczeniu powierzchownych warstw nabłonka i wytworzeniu się wybroczyn na dnie pęcherza, które niewątpliwie były punktem wyjścia spostrzeganego za życia krwiomoczu. W nerkach żadnych zmian nie znajdowano. Według B. urotropina nie może być uważana za swoisty środek w durze, chociaż z drugiej strony stosowanie jej daje niezłe wyniki. Autor poleca podawanie urotropiny w dawkach po 0,5—0,6 grama 3—4 razy dziennie.

H. S.

Schusterówna. **Rak w ścianie torbieli skórzastej śródpiersia przedniego.** (Gaz. lek. 1913 Nr 14). Wśród guzów klatki piersiowej do najrzadszych należą torbiele wogóle, a skórzaste w szczególności. Do wyjątków należą przypadki powikłania torbieli tych ze sprawą nowotworową złośliwą, jak raki lub mięsaki. S. podaje obraz sekcyjny przypadku, w którym znaleziono właśnie torbiel skórzastą w przednim śródpiersiu, a w ścianie torbieli nowotwór złośliwy, mikroskopowo rozpoznany rak. Według S. rak ten powstał z nabłonków oskrzeli, które weszły w skład ściany torbieli. Za tem przemawia rurkowaty układ komórek w ogniskach rakowych pełnych, torbielowata budowa ognisk

innych, oraz obecność komórek wydzielających śluz i komórek rzęskowych. H. S.

Chirurgia.

Hürter. **Nowe dane z radyologii żołądka.** (Część I). (Beitr. zur Med. Klinik. 1913, VII). Zapomocą radyologii żołądka udało się wykryć wiele ciekawych szczegółów fizyologii żołądka, a w związku z tem możemy rozpoznawać też szczegółowo wiele zboczeń od stanu prawidłowego. Do wywoływania cieni używa się obecnie węglanu bizmutu, dalej siarczanu barowego, tlenku cyrkonu, ceru, dwutlenku toru i t. p. Pamiętać należy o tem, że różne preparaty różnie zachowują się w żołądku, nie można też wyników otrzymanych zapomocą różnych preparatów identyfikować. Z pomocą radyologii można określić dość ściśle położenie, wielkość żołądka i sprawność, tak pod względem chemizmu, jak i mechanizmu. Do do sprawności mechanicznej, to w grę wchodzi tu układanie się pokarmów, wydalanie płynów i pokarmów stałych z żołądka, niedowład błony mięsnej, zwężenia, zaułki, wrzody, nowotwory i t. p. Dobrze rozpoznać też można opadnięcie żołądka, ew. skontrolować działanie założonej podpaski. Można nawet z pomocą radyologii oznaczać kwaśność treści żołądka (trawienie kapsułek z fibroderminy z bizmutem w pewnych określonych przeciągach czasu). Różne pokarmy przebywają już prawidłowo różny czas w żołądku, tak n. p. węglowodany średnio $2^1/_2$—$3^1/_2$ godzin, białko 5—6 godzin, tłuszcze 7—$8^1/_2$ godzin. Udaje się też wykazać radyologicznie skurcz żołądka, zrosty, unieruchomienia, zmiany kształtu żołądka i t. p. K.

Hohmeier. **Dwa przypadki wgłobienia jelit z rzadszych przyczyn.** (Med. Klinik 1913, Nr 23). Pierwszy przypadek wgłobienia (operowanego) spowodowany był glistami (ascaris) Glisty wywoływać mogą w razie owrzodzeń przedziurawienia ścian jelit, podobnie rozchodzenie się szwów po operacyi żołądka lub jelit, rzadko niedrożność kiszek, a wyjątkowo wgłobienie. Kock i Oerum twierdzą jednak, że glisty nierzadko spowodować mogą wgłobienie i opisują trzy takie przypadki u dzieci. K.

Kohlschütter. **W sprawie wczesnego wstawania po operacyach brzusznych.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 25). K. na podstawie doświadczenia na sobie samym zachęca do wczesnego wstawania po operacyach brzusznych. Sam był operowany z powodu ciężkiej przepukliny przez laparotomię i wstał w dwa dni po operacyi, przyczem zaraz poczuł przybytek sił i apetytu, gorączka opadła i t. p. Obawa, że rana jest za słaba, jest płonna. Gorzej, jeżeli rana zrośnie się w nienaturalnej, nieraz przykurczonej pozycyi przy leżeniu, a potem słaba blizna naciąga się przy próbach chodzenia. Przesądem jest też, podług K., zalecanie długiego leżenia po operacyi przepuklin. K.

Bennecke. **O objawach rzekomego zapalenia pęcherzyka żółciowego w durze brzusznym.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 23). W przebiegu duru brzusznego występują czasem bóle w okolicy wątroby o charakterze kolki, żywo przypominające cierpienia dróg żółciowych, nieraz tak gwałtowne, że zmuszają do operacyi. Przebiegają one bez żółtaczki i bez rozpromieniania się ku plecom, a pochodzą albo z ostrego zakażenia wątroby, albo mają za przyczynę krwotoki i zmiany degeneracyjne w mięśniach brzucha. Nieraz bóle te wywołać może obmacanie brzucha. Spotyka się tu także napięcie powłok brzusznych i wzdęcia, dreszcze, nieraz wysięk opłucny. Operacya nie wykazuje w takich przypadkach żadnych wybitnych zmian w drogach żółciowych. K.

Blecher. **Olejek kamforowy przy zapaleniu otrzewnej, a ropnie w zatoce Douglasa.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 23). B. był bardzo zadowolony ze śródotrzewnego stosowania olejku kamforowego, zwłaszcza w przypadkach zapalenia otrzewnej, wychodzącego z wyrostka robaczkowego, jednakże bardzo często przy tem leczeniu spostrzegał tworzenie się ropni w jamie Douglasa. Uważa to wszakże nie za wadę, lecz raczej za zaletę tego sposobu leczenia, bo sprawa przez to szybko się odgranicza, tak, że w przyszłości zamierza B. od razu przy operacyi sączkować zatokę Douglasa. K.

Rupprecht. **O gruźlicy nerek i pęcherza.** (Tow. lek. Drezno. IV. 1912). Gruźlicę nerek znamy właściwie dopiero od roku 1840 (opisał ją Rayer). Początek bierze ona zwykle z jakiegoś odległego ogniska drogą krwi tętniczej; gruźlica wstępująca (od dróg rodnych) dawniej za główną drogę zakażenia uważana, jest niezmiernie rzadka. Zwykle zapada najpierw jedna nerka, a potem dopiero (mniej więcej w 50%) druga. Sprawa w pęcherzu i moczowodzie bywa wtórną. Zwykle zwracają uwagę na chorobę dopiero przypady pęcherzowe (parcia, ropomocz itp.). Jeżeli druga nerka jest zdrowa, należy zaraz chorą usunąć. Gruźlica nerki nie operowana wiedzie najdalej w 10 lat do zgonu, a czasem tylko wydarzają się pozorne wyleczenia, względnie zarośnięcia moczowodu i zanik nerki. Operacya daje 55% trwałych wyleczeń (32% zgonów na gruźlicę, 13% wskutek operacyi). Sprawa w pęcherzu podgaja się po operacyi zwykle sama. Leczenie tuberkuliną powinno być stosowane po wyjęciu nerki, celem leczenia sprawy w moczowodzie i pęcherzu. Mocz chorych na gruźlicę nerki może zakażać zdrowych. K.

Boross. **O uwięzłych kamykach moczowodu.** (Beitr. z. klin. Chir. 84. I). Cewnikowanie moczowodów przy kamykach ma wielkie rozpoznawcze i lecznicze zalety. B. opisuje 12 przypadków własnych, z czego w 4 kamyk był w pobliżu nerki, 8 razy w pobliżu pęcherza. Promienie Röntgena tylko w 3 przypadkach określiły pewnie siedlisko kamienia. Nieraz udaje się po zbadaniu kamyk uchwycić szczypczykami, wyciągnąć lub skruszyć, albo też przez wstrzykiwanie 10—15 cm ciepłej gliceryny pobudzić ruch robaczkowy moczowodu, który po poprzedniem obluźnieniu zepchnie kamyk do pęcherza. K.

Ráskay. **Trwałe wyniki różnych sposobów leczenia zwężeń cewki.** (Beitr. z. klin. Chir. 84. I). 517 przypadków. Z tego 23 leczono zewnętrznem cięciem cewki, 112 wewnętrznem, 361 zwykłem rozszerzaniem, a mianowicie w ten sposób, że najpierw wprowadzano świeczkę włosowatą na 24—48 godzin, potem rozszerzano stopniowo aż do Nru 18—19, a w końcu stosowano zgłębniki Beniquea. Cięcie wewnętrzne robiono (w dwóch miejscach) narzędziem Albarrana, potem cewnik na 6 dni, a w końcu systematyczne leczenie rozszerzadłami. Wyniki bardzo dobre. K.

Erlacher. **W sprawie leczenia skrzywień kręgosłupa opatrunkami gipsowymi podług Abbotta.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 24). Sposób leczenia skrzywień kręgosłupa podług Abbotta uważa E. za jeden z najlepszych i najprędzej wiodących do celu. Sposób ten polega na tem, że zakłada się gorset gipsowy w położeniu zgiętem trochę ku przodowi i w stronę przeciwną skrzywieniu, poczem wycina się w gipsie okna, po dawnej stronie wklęsłej duże, w tym celu, aby mechanizm oddechowy rozszerzał tu klatkę piersiową, a po drugiej, by przez poduszeczki filcowe ugniatać stronę wypukłą. Chorego trzeba przedtem ćwiczyć w oddychaniu w nowych warunkach, t. j. z wyłączeniem strony wypukłej i brzucha, aby potem w opatrunku mógł używać tylko głównie górnych części klatki piersiowej i pierwotnej strony wklęsłej. Po ukończeniu leczenia gipsem noszą chorzy jeszcze pewien czas sznurówkę, utrzymującą kręgosłup w nowem położeniu (überkorrigierte Stellung). Do leczenia tego nie nadają się ustalone podwójne skrzywienia o krótkich łukach, silne lewostronne zgięcie boczne i garb ostrokończasty. K.

Geinitz. **W sprawie leczenia żylaków cięciem spiralnem.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 23). Rindfleisch polecił leczyć żylaki goleni zapomocą cięcia spiralnego, sięgającego do powięzi. Ranę tamponuje się, a blizna je-

szcze wzmacniać ma potem wynik operacyi. Sposobowi temu zarzucano, że cięcie rani także nerwy, uszkadza drogi limfatyczne, wywołać może obumarcie skóry i nie wpływa dobrze na gojenie się wrzodów. Na podstawie własnego doświadczenia autor jednak temu przeczy. Osiągnął on wyniki bardzo dobre, tylko trzeba czekać na nie długo, bo $1^1/_2$—2 lat. Wrzody goją się także dobrze. G. radzi lepiej odrazu rany, powstałe po cięciu, po podwiązaniu krwawiących żył zeszywać; unika się przez to nieraz tkliwych, szerokich blizn. Oczywiście czasem, gdy skóra jest w złym stanie, operacya pozostanie bez skutku, ale to samo odnosi się i do innych sposobów operacyjnego leczenia żylaków, jak wycinania lub podwiązywania żył. K.

Kuzmik. **Przyczynki do operacyjnego leczenia rozszerzenia żył kończyn.** (Beiträge zur klinischen Chir. 84. I). Ani podwiązywania żył, ani wycinania dotychczasowymi sposobami nie można uważać za leczenie pewne; nadto pozostają potem duże blizny. K. ze skutkiem stosuje następujący sposób. Każdą większą żyłę (zaznaczywszy ją na skórze przedtem lapisem) okłuwa w kilku miejscach w przebiegu jedwabiem, zacząwszy dośrodkowo, a zawiązując podwiązkę na kłębku z gazy. Igłą dochodzi się aż do powięzi 0·4—0·5 cm poza żyłą wkłuwając i wykłuwając, podwiązki nakłada się w odległości mniej więcej 5 cm, 12. dnia zmienia się opatrunek i usuwa podwiązki. Dnia 14—15. pierwsza kąpiel. Zgrubienia żył, pozostałe po leczeniu w postaci twardych postronków, znikają wkrótce. K.

Gelinsky. **Leczenie wyciągiem złamań kości piętowej i śródstopia.** (Zentrbl. f. Chir. 1913, Nr 21). G. umieszcza podeszwę na deseczce, stopę przymocowuje do deseczki od palców przylepcem, a piętę silnym drutem srebrnym, przeciągniętym pomiędzy kością piętową a przyczepem ścięgna Achillesa. Pod podeszwę wkłada G. gąbkę gumową, celem podparcia sklepienia stopy. Do deseczki przymocowuje wyciąg i obciąża kilkunastu funtami. Po 4 tygodniach usuwa drut. Sposób ten jest znacznie lepszy od wbijania gwoździ podług Steinmanna, bo jest prostszy i nie pozostawia przetok, daje zaś wynik bardzo pewny. K.

Kocher. **W sprawie operacyjnego leczenia nerki wędrującej.** (Korr. f. Schw. Ärzte, 1913, Nr 18). Umocowanie nerki szwami uważa K. za mniej pewne i dlatego na 2—3 tygodni pozostawia tampon w ranie aż do nerki, poczem tworzy się twardy bliznowaty kanał, na którym nerka się opiera. Sposób ten ma tę wadę, że chory dużo czasu traci na leczenie (4—6 tygodni), dlatego też tam, gdzie chodzi o czas, umocowuje K. nerkę w pętli pasa powięzi, wziętego z uda i końce tego pasa przyszywa do okolicznych tkanek. K.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Tuberkulinę Rosenbacha stosuje Kausch (D. m. Woch. 1913, 6). od dłuższego czasu w gruźlicy chirurgicznej i chwali bardzo wyniki lecznicze; u dorosłych wymaga całe leczenie około 60 cm^3 tuberkuliny. N.

Parakodynę próbował Fraenkel (Münch. med. Woch. 1913, 10), u chorych na gruźlicę; środek ten działa szybciej łagodząco na kaszel, niż kodeina, działanie trwa dłużej, niż po dwa razy większej dawce kodeiny; przytem działa parakodyna lekko narkotycznie N.

Erystyptikum. Kombinacyę sekakorniny z wyciągiem hydrastis i hydrastininą syntetyczną zaleca Kerbel (Deut. med. Woch. 1913, 6) w krwotokach macicznych pochodzenia zapalnego, po poronieniu i w climacterium. Działanie pomyślne b. szybkie, krwotoki ustają, względnie zmniejszają się znacznie; dawka zwykła wynosi 20 kropli 3 razy dnia w wodzie cukrowej. N.

Larosan, kazeina wapniowa, proszek bardzo delikatny, bez smaku rozpuszczający się w mleku, wprowadza Stoelzner (Münch. med. Woch. 1913, 6) do terapii w celu przyrządzania mleka białkowego; przyrządzanie mleka z pomocą larosanu jest łatwiejsze i tańsze, niż zwykłym sposobem a działanie zupełnie to samo, co zwykłą drogą sporządzanego. N.

Merjodyna, według badań Pollanda (Münch. med. Woch. 1913, 11) ulega podana per os bardzo szybko i w dużych ilościach wessaniu, a ilość rtęci, stwierdzona w moczu, dosięga ilości rtęci po leczeniu wcieraniami; środek ten nie drażni przewodu pokarmowego, można go podawać przez szereg tygodni jako leczenie między okresami głównego leczenia kiły lub po nich. N.

Jodypina, podana w lawatywie (według Fischla, Münch. med. Woch. 1913, 12), przy prostatitis działa bardzo korzystnie tak w ostrych jak i przewlekłych przypadkach, sprawiając wessanie nacieku lub mięknienie stwardniałej tkanki. Wstrzykuje się codziennie 10 cm^3 mieszaniny 25% jodypiny i ol. olivar. 1:2 zapomocą strzykawki z zakrzywioną nasadką kauczukową do odbytnicy. N.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarzy gubernii Lubelskiej.

Protokół sprawozdawczy z działalności za czas od 5. VII 1909 r. do 4. VII 1910 r.

W dniu 4 lipca 1910 r. Towarzystwo liczy ogółem członków 66, z których 11 honorowych, a 19 korespondentów. Wypadająca na czynnych członków cyfra 36, zawiera w sobie 8 członków, przybyłych w ciągu ostatniego roku.

Z ogólnej liczby odbytych 18 posiedzeń, jedno było roczne, cztery zarządu, trzy szpitalne, a dziesięć zwykłych.

Na wspomnianych posiedzeniach poza wieloma klinicznymi i pracownianymi pokazami na posiedzeniach szpitalnych, następujący koledzy odczytywali swoje prace, demonstrowali chorych lub pokazywali preparaty.

Kol. Borsukiewicz: 1) odczytuje pracę o embryotomii; 2) pokazue preparat serca z podwójną wadą

Kol. Czerwiński: 1) pokazuje preparat mięśniaka podsurowiczego, wyłuszczonego z dna macicy; 2) pokazuje preparat macicy z mięśniakiem śródmiąższowym i rakowatem zwyrodnieniem śluzówki; 3) pokazuje preparat macicy z włókniakiem podśluzowym; 4) mówi o cystoskopii, demonstrując odpowiednie przyrządy.

Kol. Dobrucki: 1) pokazuje chorą z gruźlicą skóry, leczoną metodą Thierscha; 2) pokazuje chorego po sectio alta przy cystitis septica; 3) pokazuje preparaty dwóch torbieli skórzastych u jednej pacyentki; 4) pokazuje preparat dużej jednokomorowej torbieli jajnika; 5) preparat usuniętego wyrostka robaczkowego; 6) preparat resekowanej kątnicy wskutek tbc; 7) chorą po wyłuszczeniu guza z lewej biodrowej głębi; 8) chorą z wolem, przeznaczoną do operacyi; 9) opisuje przypadek świeżo operowanego wola z dużemi pozamostkowemi odnogami; 10) preparat resekowanego wgłobienia w okolicy kątnicy przy zmianach anatomicznych i patologicznych.

Kol. Dziemski: 1) pokazuje chorego z białaczką i odpowiednie preparaty mikroskopowe; 2) opisuje przypadek choroby Addisona, pokazując jednocześnie preparaty nadnercza; 3) pokazuje chorego z białaczką, leczonego promieniami X, załączając jednocześnie odpowiednie mikroskopowe preparaty i rezultaty analizy krwi, zaznacza wybitną poprawę w składzie krwi chorego i w ogólnym stanie; 4) odczytuje swoją pracę o białaczce w ogóle i o leczeniu tej choroby promieniami X.

Kol. Jaczewski: 1) pokazuje chorego z ropniem gruczołu krokowego, wikłającym tryprowe zapalenie cewki; 2) streszcza pracę Levaditi et Roché o przymiocie doświadczalnym; 3) pokazuje chorą z typowym lichen planus; 4) pokazując jednocześnie chorą z nietypowym lichen planus; 5) pokazuje chorą z lupus erythematosus w okresie leczenia prądami o wysokiem napięciu; 6) chorego z licznymi szankrami w koło blizny po szankrze nad spojeniem łonowem.

Kol. Majewski: 1) pokazuje chorego po plastyce pękniętej rzepki; 2) pokazuje chorego po zespoleniu żołądka z pustnicą na skutek bliznowatego zwężenia odźwiernika; 3) pokazuje gipsowy opatrunek systemu Hennequina przy złamaniu kości ramieniowej.

Kol. Modrzewski: 1) pokazuje chorą po wyłuszczeniu dużego raka; 2) chorego po zespoleniu żołądka z pustnicą wskutek zwężenia oddźwiernika.

Kol. Rasze (z Czech) gość: mówi o stosunkach lekarskich w Czechach.

Kol. Staniszewski: wypowiada sprawozdanie ze zjazdu internistów polskich w Krakowie w roku 1909.

Kol. Żebrowski: 1) pokazuje chorego z highmoritis, operowanego metodą Deutera; 2) pokazuje chorą po doszczętnej operacyi ucha ze złośliwym nowotworem; 3) pokazuje preparat polipa przewodu usznego; 4) pokazuje preparat osobliwej formy gruczołu migdałkowego.

Kol. Kiełczewski: pokazuje chorą z chorobą Bantiego, przyczem kol Dziemski przedstawia cyfrowe dane, tyczące się dokonanej analizy krwi.

Z prac natury ogólno-społecznej w zastosowaniu do medycyny, w łonie Towarzystwa powstała myśl zorganizowania nocnych dyżurów, wprowadzona następnie w wykonanie przez lekarzy lubelskich.

W ciągu ubiegłego roku Towarzystwo otzymało od kol. Zdanowicza: zbiór książek lekarskich, a od kolegi de Michelisa zbiór preparatów anatomo-patologicznych, zebranych przez kol. de Michelisa w ciągu jego praktyki.

Protokół sprawozdawczy z działalności za czas od dnia 4. VII. 1910 roku po dzień 4. VII. 1911 roku.

W dniu 4. VII 1911 roku Towarzystwo liczy 60 członków, z których 10 honorowych, 20 korespondentów, a 30 członków rzeczywistych.

Z odbytych w ciągu roku 18 posiedzeń jedno było ogólne, trzy zarządu, pozostałe 14 posiedzeń wypełnił zapisany w protokółach następujący materyał odczytowo-pokazowy

Kol. Arnsztein odczytuje pracę o obecnym stanie poglądu nauki na istotę leczenia biegunki u osesków.

Kol. Borsukiewicz: 1) opisuje przebieg choroby u chorego ze zwężeniem odźwiernika; choremu było zrobione ostatecznie przez R. Dobruckiego zespolenie pustnicy z żołądkiem; 2) opisuje chorą cum adenopathia mediastini, pokazując zrobioną przez R. Modrzewskiego kliszę; 3) czyta o myocarditis wikłającej przebieg, chorób infekcyjnych u dzieci.

Kol. Czarnecki: 1) pokazuje chorą, u której przez R. Dobruckiego była wykonana radykalna operacya przepukliny udowej metodą Wilmsa.

Kol. Czerwiński: 1) pokazuje preparat nadzwyczaj przerośniętych warg sromowych mniejszych; 2) pokazuje preparat macicy — deciduoma malignum; 3) pokazuje preparat torbielowato zwyrodniałego włókniaka macicy, który był przyczyną kompletnego wynicowania takowej; 4) pokazuje preparat nadpochwowo amputowanej macicy z torbielą dwukomorową, powstałą po pęknięciu prawej ciąży jajowodowej; 5) referuje zabieg usunięcia dużego, rozpadającego się w środku, włókniako-mięśniaka macicy w przedniej jej ścianie; 6) referuje przypadek usunięcia z pęcherza kobiecego szpilki podwójnej; 7) pokazuje chorą z krzywicą po cięciu cesarskiem przy wymiarze prostym $4^1/_2$ cm; 8) pokazuje obce ciało, które jako pessarium occlusivum dla przetoki pęcherzowo-pochwowej przeleżało w pochwie dwadzieścia lat; 9) pokazuje preparat ciąży zamacicznej z donoszonym płodem; 10) pokazuje preparat niezwykłej wielkości śluzowego polipa szyjki macicznej; 11) pokazuje preparat mięśniaka macicy.

Kol. Dobrucki: 1) referuje przypadek rzadkiej formy skrętu jelit cienkich w prawym dole biodrowym i w małej miednicy; 2) referuje przypadek wgłobienia grubej kiszki w grubą wskutek guza wewnątrz światła kiszki, wobec czego zniewolony był dokonać połączenia grubej kiszki z grubą, nie usuwając guza: 3) pokazuje chorą z brakiem w skórze na przedramieniu, wytworzonym wskutek usunięcia ogniska gruźliczego i pokrytym metodą Tierscha; 4) pokazuje preparat b. długiej pętli cienkiej kiszki wyresekowany wskutek obumarcia od ucisku mostkiem idącym od lewego rogu macicy; 5) pokazuje preparat raka woreczka żółciowego; 6) pokazuje kamień żółciowy znaleziony w pęcherzyku; 7) czyta pracę o objawach ze strony żołądka przy porażeniach wyrostka robaczkowatego; 8) pokazuje preparat pęcherzyka żółciowego z kamykami wewnątrz; 9) referuje wypadek pękniętej ciąży jajowodowej, operowanej w kilka godzin po wypadku; 10) referuje przypadek rany postrzałowej brzucha.

Kol. Dziemski: 1) odczytuje swój referat o dżumie (etyologia, wakcynoterapia i seroterapia dżumy); 2) pokazuje chorą z pseudo-leukemia i odczytuje swoją pracę w tej sprawie; 3) pokazuje chorego z gruźlicą płucną i kolosalnem przesunięciem serca ku górze wskutek starych zrostów; 4) odczytuje swój referat o wrodzonej i nabytej odporności, uodpornieniu sztucznem, czynnem i biernem i o uczuleniu. (Drukowany w »Przeglądzie lekarskim«).

Kol. Erbrich z Warszawy (gość) czyta swą pracę o tracheo- i bronchoskopii, ilustrując odczyt demonstracyami na chorym.

Kol. Modrzewski: 1) pokazuje zdjęcia rentgenograficzne i referuje przypadek rzadkiego złamania pojedynczej kości śródręcza; 2) pokazuje preparat wyłuszczonej dużej torbieli szyjnej (hydrocele colli congenitum); 3) referuje przypadek bardzo ostrego zawęźlenia esicy, które w ciągu 11 godzin doprowadziło do zupełnego prawie obumarcia jelita cienkiego na przestrzeni całej długości; 4) pokazuje preparat wyresekowanego wgłobienia cienkiej kiszki w cienką, które w dalszym ciągu przeszło we wgłobienie cienkiej w grubą; 5) pokazuje preparat wyciętego odcinka jelita cienkiego z dwoma otworami urazowego pochodzenia bez naruszenia całości powłok; 6) pokazuje preparat oddawna uformowanego z sieci pierścienia, w którym uwięzła pętla esicy, dając obraz niedrożności; podczas operacyi znaleziono nadmierne rozdęcie poprzecznicy z pęknięciami warstwy surowiczej; 7) pokazuje preparat nadmiernej wielkości włókniaka prawego jajnika; 8) referuje przypadek rany ciętej brzucha i żołądka, z wypadnięciem na zewnątrz całego prawie żołądka.

Kol. Rogoziński: 1) pokazuje preparat lymphangiomatis cystici congenitalis, usunięty z szyi dziecka; 2) pokazuje chore dziecko po urethrotomia externa, dokonanej wskutek ciała obcego w cewce; 3) pokazuje chorą po strumektomii; 4) pokazuje preparat mięśniaka macicy; 5) pokazuje wyłuszczony pęcherzyk żółciowy.

Kol. Tennebaum: pokazuje dziecko z licznymi głębokimi naczyniakami na plecach.

Kol. Tymiński mówi o teoryi bocznych łańcuchów Ehrlicha.

Kol. Żebrowski pokazuje chorą po doszczętnej operacyi ucha.

Z wybitniejszych momentów kroniki naszego Towarzystwa za rok ubiegły była strata przez śmierć dwóch członków honorowych Towarzystwa, Drów Głogowskiego Feliksa i Kusielewskiego Eligiusza. Towarzystwo obchodziło 35-letni jubileusz praktyki lekarskiej kol. Jaworowskiego, którego z racyi tej okoliczności zaliczyło w poczet swych członków honorowych.

Towarzystwo brało przez swych delegatów udział w Zjeździe chirurgów w Warszawie i uczestniczyło w uroczystości 25-lecia łódzkiego Towarzystwa lekarskiego, połączonej z I. Zjazdem lekarzy prowincyonalnych w Łodzi.

Feljeton.

Pamiętniki Dr Józefa Franka, profesora Uniwersytetu wileńskiego. Z francuzkiego przetłómaczył, wstępem i uwagami opatrzył Dr Władysław Zahorski. T. I—III. Wilno. Nakładem Tow. Udz. »Kuryer Litewski«. 1913.

(Dokończenie).

W r. 1810 kilku młodych lekarzy zdawało egzamin dla uzyskania prawa praktyki w Rosyi. W tymże roku z powodu wyjazdu na czas dłuższy na praktykę do ks. Antoniego Radziwiłła, otrzymuje Frank od kuratora wymówkę, że bez pozwolenia władz wyjeżdżał, z przypomnieniem, iż będąc wymagającym wobec innych, jest zbyt pobłażliwym dla siebie. W ten sposób stosunek Franka z ks. Czartoryskim musiał się zaostrzyć.

Nadszedł r. 1812 ze wszystkimi niepokojami wojny, na którym kończy się drugi tom pamiętników. W początkach tego roku otrzymuje Frank awans i zostaje wysłany do Wiednia dla zaangażowania potrzebnych podczas wojny lekarzy i chirurgów; daje mu to możność odwiedzenia w Wiedniu ukochanego ojca. Przed wyjazdem podjął Frank wszystkie środki ostrożności, aby, jeżeli nieprzyjaciel wkroczy do Wilna, nie przyczynił mu wielkich strat. Srebro, bieliznę i meble oddał Frank na przechowanie znajomym, a część rękopisów i książek złożył w uniwersyteckim kościele św. Jana pod ołtarzem i w bibliotece uniwersyteckiej. Z żoną i małym podrzutkiem Wiktorem, którego wzięli na wychowanie, Frank opuszcza Wilno. Na tym ciekawym roku kończy się drugi tom pamiętników.

Trzeci tom pamiętników rozpoczyna Frank opisem 1812 r., chociaż, jak już wspomnieliśmy, bawił wówczas z żoną w Wiedniu u ojca; śledzi jednak za biegiem wypadków w Wilnie. Opisuje pobyt wileński cesarza Aleksandra I., następnie opuszczenie Wilna przez Rosyan, wejście Francuzów z Napoleonem i odwrót »wielkiej armii«. Miasto przedstawiało przerażający widok. Zwycięzcy pastwili się nad zwyciężonymi. Jeńców francuskich zamykano w klasztorach i klinikach, głodząc ich. W gabinecie antomo-patologicznym mieli oni rzekomo pozjadać preparaty narządów ludzkich i wypić cały spirytus, w którym je konserwowano. W Wilnie i jego okolicach po ulicach i drogach walało się do 40 tysięcy trupów, najczęściej żołnierzy na śmierć zmarzniętych. Zachowały one położenie, w których je zastała śmierć lub którą nadali im przez swawolę ulicznicy. W obawie rozkładu trupów przy pierwszej odwilży i w obawie wybuchu epidemii polecił rząd nadzór nad grzebaniem ich Dr Becu, profesorowi policyi lekarskiej (?). Początkowo próbowano palić szczątki i jednego dnia spalono około 1000 trupów, lecz smrodliwy dym, jaki od tego powstał, zmusił do zaniechania tego sposobu. Zrzucano trupy do wspólnych łos, które Francuzi sami sobie wykopali. Za spełnienie tego udekorowano prof. Becu orderem Włodzimierza klasy IV. Prof. Niszkowski, chirurg, wracając pewnego dnia z kliniki, posłyszał głos na ulicy, wołający o pomoc i ujrzał opartego na długim sękatym kiju wyniszczonego i oberwanego człowieka, istnego upiora. Poznał w nim dawnego znajomego, Assaliniego, chirurga naczelnego armii włoskiej. Niszkowski zaopiekował się nieszczęśliwym i kiedy ten przyszedł do zdrowia, ułatwił mu powrót do ojczyzny. Czas tych największych niepokojów Frank spędzał w Wiedniu, otoczony tkliwem przywiązaniem ojca. Pomimo wielu zalet charakteru miał stary Frank temperament łatwo się podniecający i w gniewie nie mogący się pohamować. Tak n. p. pewnego razu Frank zgromił swego wychowańca za złe zachowywanie się przy obiedzie; stary Frank broniąc dziecka, wpadł w taką wściekłość, że porwał ze stołu nóż i zamierzył się nim na syna. Milczenie i spokój Franka rozbroiło ojca, przykra ta scena nie popsuła na dłużej harmonii pomiędzy ojcem a synem. Stary Frank używał wielkiej wziętości w Wiedniu, leczył na dworze Habsburskim, udawały się do niego o poradę lekarską różne osoby panujące, bawiące w stolicy, rodzina eks-króla Neapolu Hieronima, brata Napoleona I, a Marya Ludwika, żona Napoleona, poleciła mu opiekę nad synem, małym księciem Reichstadzkim. Stosunek serdeczny, jaki się wytworzył pomiędzy starym Frankiem i jego królewskimi pacyentami, dały i naszemu pamiętnikarzowi sposobność do zapoznania się z tą sferą.

W maju r. 1813. został Frank wezwany przez rektora Jana Śniadeckiego na mocy rozporządzenia kuratora do Wilna, gdyż po całorocznem zamknięciu kliniki miały być otwarte. Frank z żoną i wychowankiem podążył przez Kraków, Warszawę do Wilna, a jego powrót był »tryumfalnym,« tem bardziej, że wyobrażano sobie, iż miał zwiastować pokój, lecz się mylono. Odwiedzali go znajomi i przyjaciele. Zastał on w Wilnie jeszcze wielu jeńców lekarzy i ułatwiał im powrót do ojczyzny. Niektórzy pozostali w kraju, a niemało z nich dobrze się zasłużyło swej nowo-przybranej ojczyźnie. Wpływ wojny odbił się ujemnie na stanie zdrowotnym miasta, rozwinęły się choroby zakaźne, gnilec, choroby narządu trawienia, choroby serca i naczyń, a nadto znaczna ilość zaburzeń układu nerwowego, których kilka historyi autor przytacza.

W r. 1814 otwarta została ponownie w Wilnie klinika chorób wewnętrznych, lecz dla braku środków tylko na 6 łóżek; Frank miał wtedy 40 słuchaczów. Po śmierci adjunkta kliniki, Dr Błaszczykiewicza, zastąpił go Wincenty Herberski, późniejszy profesor terapii. Tegoż roku na akcie uroczystym Uniwersytetu Frank miał dwa odczyty: 1) »O właściwościach kołtuna« i 2) O wpływie rewolucyi francuskiej na medycynę praktyczną«. Minister oświaty, zachwycony tymi odczytami, przedstawił je cesarzowi, a Petersburska Akademia medyko-chirurgiczna mianowała autora swym członkiem honorowym. Stosunek Franka z kolegami poprawił się wówczas i okazywano mu pewne względy. Teraz po wojnie wskutek zubożenia miasta i kraju trudniej szło Frankowi ze zdobywaniem środków na cele dobroczynne, przytem pani Frankowa głos już traciła. Towarzystwo lekarskie, zamknięte podczas wojny, Frank ponownie wskrzesza i pobudza do czynności.

Nigdy — pisze Frank — śmierć pacyentów nie zmartwiła mnie tak srodze, jak śmierć Euzebiusza Słowackiego, profesora literatury polskiej. Umarł »z porażenia rakowatego wnętrzności w dole brzucha w kwiecie wieku, osierocając żonę Salomeę i syna (Juliusza znakomitego poetę) i naznaczył mnie opiekunem sierot, przyczem w testamencie pisał o mnie w wyrazach tak serdecznych, że czytając je zalałem się łzami«.

Z rozpraw naukowych Franka korzystali najznakomitsi ówcześni historycy medycyny, a mianowicie Richter w Moskwie, Sprengel w Hali i Valentin w Nancy, a Mudrow, profesor medycyny praktycznej w Moskwie, czerpał materyał do swych wykładów klinicznych z dzieła Franka »Praecepta praxeos medicae universae«.

W r. 1815 Frank otrzymuje zaproszenie na katedrę medycyny praktycznej w Getyndze. W tymże roku wskutek intryg Lobenweina wydało ministeryum rozporządzenie o dymisyi rektora Jana Śniadeckiego i o zastąpienie go przez Lobenweina. Studenci, chcąc uczcić zasługi byłego rektora, postanowili urządzić uroczysty obchód, lecz kiedy przyszedł z Petersburga zakaz, szlachta wydała świetny bal, i w ten sposób całe społeczeństwo mogło uczcić zasługi Śniadeckiego. Zastępca rektora Lobenwein wywiązywał się dobrze ze swych obowiązków. Zaprowadził porządek w kancelaryi uniwersyteckiej, w klinice lekarskiej ustanowiono stałą ilość łóżek, jego staraniem urządzono klinikę chirurgiczną, położniczą, teatr anatomiczny i zakład weterynaryjny. Z pewną goryczą mówi Frank, że petersburska Akademia nauk zaliczyła do rzędu swych członków Bojanusa i Lobenweina, tymczasem nie uznano godnymi tego tytułu, »ani mego ojca, ani mnie«. »Frekwencya kliniki w tym roku była bardzo znaczną, zastosowywano różne sposoby leczenia, a zaufanie publiczności coraz bardziej się zwiększało. Gdy ktoś zapytał jednego z chorych, jak mógł się zgodzić, aby mu od »głuchoty reumatycznej« przypiekano skórę głowy żelazem rozpalonem, odrzekł, iż skoro wszyscy chorzy z kliniki wracają do zdrowia, pozwoliłby sobie nawet odciąć głowę, gdyby mu to poradzono. Oprócz pracy nad dziełem o chorobach układu nerwowego, Frank zredagował w tym roku kilkanaście rozpraw swych uczniów. Opowiada o leczeniu niektórych chorób, szczególnie o przypadku wodowstrętu, spotrzeganym u prezydenta Wołka, pokąsanego przez psa wściekłego. Chorego przywieziono ze wsi do miasta z objawami tej choroby. Frank puścił mu krew obficie i zastosował wielkie dawki rtęci. Wołk umarł na 7. dzień choroby. Pasierb chorego, patrząc na jego męczarnie, wyobraził sobie, że ma także wodowstręt; dostał drgawek i nie mógł przełykać. Po makowcu i głębokim śnie młodzieniec przebudził się zupełnie zdrowym.

Frank pisze też o niektórych ze swych uczniów. Homolicki, z powodu choroby zwolniony od egzaminu na doktora medycyny na mocy postanowienia fakultetu, następnie pozostaje

przy Uniwersytecie. Zajął on, jak wiadomo, później katedrę po Franku. Inny z uczniów Franka, Chrzczonowicz, jako lekarz wojskowy niósł pomoc rannym pod Lipskiem, za co otrzymał order Włodzimierza i tabakierę złotą. Dr Hreczyna, stypendysta rządowy, był lekarzem na Kamczatce, a w owych czasach przejazd tak odległy dostarczył mu niemało przygód, które opisał [1]).

Frank wspomina o przyjeździe cesarza Aleksandra w r. 1815 do Wilna. Bardzo trudne było wobec cesarza położenie tych profesorów, którzy niedawno przedtem udawali się w delegacyi do Napoleona, jak bracia Sniadeccy i inni, widząc w cesarzu Francuzów zbawcę Polski. Profesorowie Niemcy, jak Bojanus i Lobenwein, chcąc okazać przywiązanie do rządu rosyjskiego, siedzieli w Petersburgu, gdzie knuli intrygi przeciw swemu wrogowi, Janowi Śniadeckiemu. Wielkie było zdziwienie, kiedy przy przedstawieniu się cesarz był bardzo łaskawy dla Śniadeckiego; Frank to przypisuje wpływowi Czartoryskiego na Aleksandra.

Rok 1816 był dla Uniwersytetu bardzo fatalny. Umarł akuszer prof. Matusewicz; jego miejsce zajął Mikołaj Mianowski, później ostatni dziekan Wydziału lekarskiego przed zamknięciem Uniwersytetu. W tymże roku umarł profesor fizyologii Jan Henryk Abicht, lecz największą stratą dla Uniwersytetu była nagła śmierć zdolnego, wielce sympatycznego chirurga, Jana Fryderyka Niszkowskiego, którego Frank gorąco opłakiwał, a mówiąc o jego następcy przypominał słowa ojca, że łatwiej jest znaleść dziesięciu profesorów medycyny klinicznej, niż jednego chirurga. Wobec tego na propozycyę Franka, Wydział lekarski zgodził się profesorowi chirurgii ofiarować znaczniejszą pensyę. Na kandydatów zostali przedstawieni Rust z Berlina i Assalini z Monachium. Lecz kiedy kandydatura ich się nie powiodła, zwrócono się do prof. Buscha w Petersburgu, a ten polecił swego ordynatora, Wacława Pelikana, który ogłosił pracę »o anewryzmach« i dokonać miał 105 wielkich operacyi chirurgicznych, a w ich liczbie 15 litotomii. Pelikan, chociaż z urodzenia Czech, lecz podawał się za Polaka [2]). Był on synem kapelmistrza orkiestry, sprowadzonego przez hetmana Ogińskiego. Ponieważ nie rościł pretensyi do większej pensyi, szala przechyliła się na jego korzyść. Stary Frank nie pochwalał wyboru, gdyż Pelikan był uczniem Buscha w Petersburgu, »z którego szkoły mieli wychodzić rzeźnicy, lecz nie chirurdzy«.

Śmierć Niszkowskiego najbardziej odczuł Mianowski, ponieważ wszystkie cięższe operacye kobiece jemu polecał, a obecnie poczuł, zdaniem Franka, swą nieudolność. Za namową Franka rzucił wszystko i nie prosząc, ani nie czekając urlopu, udał się do Wiednia do Boera dla wydoskonalenia się w chirurgii.

Tymczasem zmiany zaszłe w Ministerstwie oświaty wpłynęły na Uniwersytet. Po hr. Razumowskim ministrem został ks. Golicyn. Myślano, że rektorem ponownie zostanie Jan Śniadecki, tymczasem kurator powoływał Franka, namawiając profesorów, aby postawili jego kandydaturę. Lecz kiedy Frank kategorycznie odmówił, tłómacząc się licznemi zajęciami pedagogicznemi, pracą naukową i wreszcie praktyką, która jedynie mogła zabezpieczyć mu spokojną starość, wtenczas obrano rektorem Szymona Malewskiego, profesora prawa przyrodzonego i ekonomii politycznej. Malewski naukowo nie pracował, słynął ze skąpstwa i przysłowiowego nieochędostwa, lecz posiadał wiele sprytu praktycznego, był łagodnego charakteru, ze wszystkimi żył w zgodzie, stojąc po za partyjnemi intrygami, a doskonale znał sprawy uniwersyteckie, spełniając początkowo urząd sekretarza Uniwersytetu, a od r. 1816—1822 rektora. Za czasów Malewskiego Uniwersytet wileński doszedł do największej świetności, a pod względem słuchaczy był najliczniejszym. Jaką opinią cieszył się Uniwersytet u władz rządzących, dowodzi przypadek następujący. Prof. Kilian z Würzburga, porzuciwszy Uniwersytet, pojechał szukać szczęścia do Petersburga i tam wkrótce umarł, pozostawiwszy 18-letniego syna bez środków. Syn ten, pokonawszy wszystkie trudności, zakradł się do ogrodu pałacowego i upatrzywszy chwilę, kiedy cesarz Aleksander wyszedł na przechadzkę, zwrócił się do niego, błagając, aby dał mu możność powrotu do Niemiec. Trafiwszy na dobry humor cesarza, uzyskał środki na kształcenie się w jednym z uniwersytetów, lecz nie w niemieckim, gdzie się młodzi ludzie. zdaniem cesarza, psuli. »Może w Dorpacie« zapytał Kilian. »Nie« odparł cesarz, »niezbyt wysoko cenię profesorów medycyny w tym uniwersytecie, pojedziesz do Wilna, tam właśnie kwitnie nauka«.

Klinika Franka szła doskonale. Ciekawe jest wyliczenie chorób, które tam były leczone, jak n. p. »trąd w połączeniu z kołtunem«, »ostra woda w głowie wyleczona, gdyż znalazła odpływ przez ucho«. Najdłużej zatrzymuje się Frank na opisie wypadku katalepsyi, który był przedstawiany przed całym Wydziałem lekarskim ze Śniadeckim na czele. W tym czasie kwitł w Wilnie magnetyzm zwierzęcy; robili z nim doświadczenia młodzi lekarze, w kołach towarzyskich, wreszcie różni znachorzy i jasnowidzący, wyzyskujący publiczność. Największej sławy pod tym względem używał niejaki »Antoszka«, który miał rozpoznawać choroby przez dotknięcie się ręki chorego i zalecał »skuteczne« cudotwórcze lekarstwa. Właściciel szynku, mieszkający obok tego jasnowidzącego, dorobił się znacznego funduszu, praktyka Antoszki stała się groźną konkurentką dla lekarzy, a nazwisko jego zyskało taki rozgłos, że znakomity Hufeland w Berlinie zasięgał o tem wiadomości u Franka.

W r. 1816 wygnani zostali Jezuici z obu stolic i osadzeni na Białorusi, obawiano się bowiem prozelityzmu Rosyan na katolicyzm. Były to czasy reakcyi, zawarcia świętego przymierza, powstania w Wilnie Towarzystwa biblijnego na wzór petersburskiego, na którego czele stanął generał-gubernator Korsakow. Wznowiono lożę masońską, która już istniała w Wilnie w drugiej połowie XVIII w; filarami jej byli Groddek, Saunders i Mianowski. Do stowarzyszeń tych nie udało się wciągnąć Franka. Trzeźwego umysłu jego nie porywały idee, których realne cele nie były mu jasne, »a zresztą« — powiada — »nie miałem czasu na to, a co do dobroczynności, to wolałem ją prowadzić na własną rękę, niż w stowarzyszeniach, których ukrytych celów nie poznałbym nigdy«. Ucieszyła wielce Franka wiadomość, otrzymana od ojca, że Uniwersytet kazański, któremu on ofiarował swą bibliotekę, przysłał mu dyplom na członka honorowego, a krakowskie Towarzystwo literackie przysłało dyplom na członka

---

[1]) Uniwersytet, a następnie Akademia medyko-chirurgiczna w Wilnie nietylko dostarczyła wielu lekarzy dla naszych dzielnic, lecz niektórzy z nich zajmowali wybitne stanowiska w Petersburgu, a nieraz uczniów szkoły wileńskiej spotykać można było w dalekich zakątkach Rosyi. Wszyscy oni popularyzowali imiona Franków i Śniadeckich i podtrzymywali sławę swej uczelni. Wzrastałem na Litwie, pamiętając jeszcze w dzieciństwie dobre, sympatyczne postacie lekarzy wileńskich. Będąc studentem w medyczno-chirurgicznej Akademii w Petersburgu, zastałem tam jeszcze Henryka Kułakowskiego (ur. 1808 r.), ucznia i asystenta Jędrzeja Sniadeckiego, następnie profesora w Petersburgu, który po wysłużeniu emerytury został naczelnym lekarzem przy głównem Towarzystwie kolei żelaznych, Konstantego Balbianiego (ur. 1819 r.), emeryta, wice-dyrektora departamentu lekarskiego, który już po polsku zapomniał, zacnego filantropa Jerzego Kozłowskiego (zmarł 1875 r.), który jako owoc swej długoletniej pracy pozostawił kapitał, przynoszący dochodu 6 tysięcy rubli na stypendya dla Polaków, kształcących się w uniwersytetach rosyjskich, Rymkiewicza, długoletniego lekarza w dobrach ks. Wasilczykowa na Żmudzi. W Kijowie pamiętam profesorów emerytów, którzy tu przeszli po zamknięciu wileńskiej Akademii medyko-chirurgicznej: Karola Mirama fizyologa i zacnego Ignacego Fonberga chemika, który wykładał w Wilnie od 1822—1839 r., a następnie w Kijowie od 1840—1862. Znaną była odpowiedź Fonberga, dana cesarzowi Mikołajowi I. na zapytanie, czy nie jest krewnym znanej cesarzowi rodziny; Fonberg miał odpowiedzieć, że nie, gdyż jest synem kowala z Białegostoku. Osiadłszy następnie jako lekarz praktyczny na Ukrainie, słyszałem o »ostatnich Mohikanach« szkoły wileńskiej, Nenckim, zamieszkałym w Zwinogródce, Franciszku Olechnowiczu w Białej Cerkwi; znałem Sylwana Bobińskiego, filareta i wygnańca, następnie długie lata lekarza w Horodyszczach, Mikołaja Żuka, wychowańca szkół bazyliańskich w Połocku, później przez lat 40 lekarza w dobrach hr. Potockich w Burzance. Pewnego razu, przed laty będąc wezwany do chorego w żydowskiem miasteczku, zaszedłem do kramiku, ażeby coś kupić; zawinięto mi sprawunek w bibułe z łacińskim drukiem. Zainteresowałem się tem; objaśniono mnie, że żydzi nabyli bibliotekę po zmarłym lekarzu Żuku na makulaturę. Znaczna jej część zniszczono. W resztkach, które mi się udało uratować od zagłady, znalazło się wiele rzeczy wartościowych i białych kruków, a pomiędzy rachunkami gospodarczymi wychowania licznej rodziny Żuków i spostrzeżeniami pogody znalazło się dzieło Józefa Franka »Praxeos medicae universae percepta« Szczególnie mnie zajęło 8 grubych tomów oprawnych, zawierające notatki Żuka, z wykładów profesorów wileńskich: Rymkiewicza, Homolickiego, Herberskiego, Porcyanki i innych z lat 1835—1838. Książki z biblioteki Żuka złożyłem przed kilku laty w darze Towarzystwu przyjaciół nauk w Wilnie. I. T. H.

[2]) Kiedy po wypadkach 1863 r. wydalano ze wszystkich stanowisk w kraju Polaków, a w tej liczbie i lekarzy, wówczas dziad mój po matce Adam Fischer, Dr med. i chirur. Uniw. wileń., lekarz miejski wileński od r. 1828—1840, a od czasu utworzenia gub. Kowieńskiej akuszer i inspektor zarządu lekarskiego w Kownie, otrzymał w Kownie również dymisyę. Proponowano mu albo dymisyę lub posadę w głębi Rosyi. Pamiętam, jak w roku 1867 był w Petersburgu w swych sprawach i zwracał się do ówczesnego dyrektora departamentu medycznego, Pelikana. Na urzędowem przyjęciu Pelikan zapytał go: »Cztoże goniat Was« (Wypędzają Was), następnie zaprosił dawnego ucznia do siebie na obiad, z rozrzewnieniem wspominał dawne czasy wileńskie, mówił o miejscach i ludziach, o niechęciach do niektórych swych współkolegów. Był bardzo serdeczny, lecz rozmawiał po rosyjsku. Synowie i wnuki Pelikana byli Rosyanami, a prawnuki należą do obozu skrajnych czarno-secińców. I. T. H.

rzeczywistego, podpisany przez Walentego Litwińskiego, rektora i prezesa, oraz przez prof. Pawła Czajkowskiego, sekretarza.

W r. 1817 otrzymuje Frank urlop i odwiedza Wiedeń, gdzie ku ogólnemu zdumieniu uczęszcza na wykłady profesora oftalmologii Beera, o którego wykładach z zachwytem się wyraża, podnosząc, że nie spotkał nigdy takiego zapału do pracy, jak u niego. Beer był też mistrzem jako operator. Wspomina też Frank o innym okuliście wiedeńskim, Prochasce, słynącym również z mistrzowsko dokonywanych nastrzykiwań ciała ludzkiego, nabywa więc u niego kolekcyę preparatów anatomicznych dla Wilna [1]). Stara się też Frank o wysłanie adjunkta Herberskiego do Wiednia dla specyalizacyi w okulistyce, wykazując potrzebę otwarcia w Wilnie kliniki ocznej. Wszystkie te propozycye Franka Czartoryski aprobował, wyjąwszy założenia kliniki okulistycznej, pozostawiając to przyszłości. W rozmowie z Frankiem dziękował mu Czartoryski za energię i pracę dla Uniwersytetu, przytem prosił z odpowiednim gestem, ażeby i nadal »ożywiał fakultet nietylko własnym przykładem, ale dając szturchańce swoim kolegom«. Na ostatniej stacyi przed Wilnem w Rybiszkach spotkało powracającego Franka kilkudziesięciu słuchaczy i w ten sposób uczciło kochanego profesora. Po powrocie zastał już Frank w Wilnie nowego profesora chirurgii, Pelikana. Był to człowiek 26-letni, przyjemnej powierzchowności, wykładał dobrze, lecz większość operowanych umierała. Pierwszy założyciel Wileńskiej kliniki, prof. Briotet, wolał — powiada Frank — naturalną śmierć chorego, niż narażenie chorego na ryzyko, Niszkowski operował, gdy pewny był powodzenia, Pelikan, choć operował dobrze, nie troszczył się jednak o wynik po operacyi, stosując metodę Browna. Prędko jednak poznał Pelikan swój błąd i był ostrożniejszym w stosowaniu energicznych metod leczenia.

Posiedzenia Wydziału lekarskiego odbywały się zwykle w mieszkaniu ówczesnego dziekana Lobenweina. Po dłuższej przerwie dawne niesnaski Franka z kolegami wystąpiły ponownie, Lobenwein n. p. w godzinach wykładowych Franka naznaczył egzamina piśmienne dla uzyskania stopnia lekarskiego. Oburzony tem Frank wniósł do Wydziału zażalenie i przestał uczęszczać na posiedzenia w domu Lobenweina; skutkiem tego przeniesiono je do gmachu uniwersyteckiego. Następnie Lobenwein zmienił godziny wykładów i nastąpiła zgoda. Działalność Towarzystwa dobroczynności ożywił Frank, wnosząc projekt leczenia po domach biednych dzieci, co przy braku w Wilnie kliniki chorób dziecięcych dało studentom sposobność do zapoznania się z chorobami tego wieku.

W r. 1817 Frank przyjął wybór na prezesa Towarzystwa lekarskiego i wydał pierwszy tom pamiętnika Towarzystwa. Co do kliniki oftalmologicznej, to pomimo starań i nawoływań Franka, Wydział lekarski, wyjąwszy Wolfganga i Lobenweina, pozostał na to głuchym. Głównymi przeciwnikami byli Becu i Pelikan.

W r. 1818 Hufeland, wysoko ceniąc zasługi Franka, proponował mu posadę naczelnego lekarza w »Charité«, największym wówczas szpitalu w Berlinie. Frank jednak, nie chcąc tracić 14 lat, wysłużonych na emeryturę rosyjską i znacznej praktyki w Wilnie, odmówił tej zaszczytnej propozycyi. W tym to czasie Herberski, wróciwszy z zagranicy z najpochlebniejszemi świadectwami od prof. Beera i wykonawszy w Wilnie kilka operacyi ocznych, otrzymał od Uniwersytetu pozwolenie na dalszą naukową podróż za granicę.

W r. 1819 wychodzi nietylko drugi tom »Pamiętników Towarzystwa lekarskiego«, ale powstaje w łonie jego osobna sekcya farmaceutyczna pod przewodnictwem profesora farmacyi Wolfganga i rozpoczyna wydawać po polsku »Pamiętnik farmaceutyczny«, a Towarzystwo za swą czynność naukową otrzymuje tytuł »Cesarskiego Towarzystwa«.

Jednemu z lepszych swych uczniów, Feliksowi Rymkiewiczowi, kształcącemu się na koszt rządu, wyjednuje Frank posadę przy swej klinice. Rymkiewicz zostaje następnie profesorem patologii i terapii. W tymże roku dotknęło Franka ciężkie zmartwienie. Wiele obiecujący wychowanek, którego usynowił i bardzo się do niego przywiązał, oddany do kolegium jezuickiego w Połocku, po niedługiej chorobie życie tam zakończył.

Rok 1820 był rokiem żałoby dla Uniwersytetu. Po trzechmiesięcznej chorobie zakończył życie prof. Lobenwein. Umierając stanowczo zastrzegł, aby nie robiono sekcyi jego ciała; to zastrzeżenie anatoma dziwnem się wydaje Frankowi. Wielką trudność miano z obsadzeniem katedry anatomii. Po długich intrygach Bojanusa i Pelikana, wpływających na ministra, by przewlec sprawę (przyczem wykładał Pelikan, pobierając podwójną pensyę), został profesorem uczeń Uniwersytetu Wileńskiego Bielkiewicz, a Pelikan objął drugą wakującą po Lobenweinie katedrę medycyny sądowej, zrzekając się przywiązanej do niej pensyi (500 rubli) na rzecz gabinetu narzędzi chirurgicznych, którego był założycielem. Frank opowiada też o innym dowodzie bezinteresowności Pelikana: kiedy zwłoki kilku żydów, zmarłych pod knutem za rozboje i morderstwa, przywieziono do Wilna dla sekcyi, ich współwyznawcy ofiarowywali kilka tysięcy rubli za oddanie ciał, lecz Pelikan propozycyę odrzucił.

O ruchu społecznym w Wilnie niezawsze był Frank należycie poinformowany, nie znał zadań i dążeń pisma »Wiadomości brukowe«, nie wiedział o współpracownictwie w nich Jędrzeja Śniadeckiego, Mich. Balińskiego i Szymkiewicza, nazywał je pismem nieprzyzwoitem, rozgłaszającem tajemnice rodzinne i szkalującem najbardziej szanowane osoby (? !). Również nie był Frank wtajemniczony i w Towarzystwo filomatów i filaretów, których hasłami były »nauka, cnota, braterstwo«.

Na zapatrywanie Franka na choroby rzuca światło ciekawy historyczny dokument. Jest to: »Projekt zarządzeń sanitarnych przeciw kołtunowi, przedstawiony królewskiemu rządowi polskiemu«, w którym autor nawołuje rząd do zwalczania szczególnie chorób zakaźnych i pochodzących szczególnie z »wyziewów błotnych«. W tym celu doradza urządzenie kwarantany i osuszenie błot. Szczególny kładzie nacisk na »chorobę zwaną kołtunem« (plica polonica), będącą według niego plagą narodową, która wskutek warunków miejscowych pojawia się i w krajach sąsiednich i gubi nietylko część obecnie żyjącej ludzkości, lecz podkopuje istnienie przyszłych pokoleń. »Kołtun gnieździ się nietylko we włosach, lecz poraża wszystkie części ciała. Owrzodzenie rakowate żre skórę, »caries« niszczy kości, nos zapada, oczy wskutek zapalenia przestają widzieć, a uszy słyszeć, różnorodne bole męczą chorego we dnie i w nocy. Całe miesiące upływają, zanim sen na chwilę da uspokojenie w cierpieniach. Wreszcie występują konwulsye i utrata świadomości, po latach kilkunastu śmierć, z nielicznymi wyjątkami, kładzie koniec męczarniom«. Frank był tego zdania, że kołtun niezawsze w Polsce grasował, a więc nie jest nieodłącznie z tym krajem związany. Dlatego uważa za możebne »wyrwać tę okropną chorobę z korzeniem«, a to przez poznanie jej doniosłości i siły, przez wyjaśnienie jej istoty, źródeł i wskazanie środków. W tym celu zaleca utworzenie osobnego komitetu, złożonego z lekarzy rządowych i profesorów Uniwersytetu Warszawskiego, założenie szpitala dla kołtunowatych, wykonywanie rozbiorów wydzielin chorych, wreszcie sekcyi zwłok i wyznaczenie nagrody za najlepszą pracę o kołtunie.

Ostatnie lata pobytu Franka w Wilnie (1821—1822) nie zaznaczyły się niczem godnem pamięci, prócz kilku nieprzyjemności, które go spotkały. Pierwszą z nich było, że kiedy Frank w swym podręczniku udowadniał potrzebę kliniki okulistycznej w Wilnie, obwiniając o jej brak Wydział lekarski i nazwał Uniwersytet wileński najbogatszym w Europie, profesorowie Becu i Pelikan zaskarżyli go przed Senatem akademickim, który na mocy tego uchwalił, ażeby podręczniki profesorów, nawet drukowane zagranicą, podlegały cenzurze Wydziału. Frank napisał do kuratora, że w uchwale Senatu widzi tylko wystąpienie przeciw sobie, bo on jeden tylko naukowo pracuje, jeżeli więc zapadnie postanowienie po myśli Senatu, będzie ono równoważyć z jego dymisyą. Kurator uchwały nie zatwierdził, lecz wystosował do Franka surowy list. Ganił w nim postępowanie profesorów, lecz wymawiał Frankowi wygłaszanie takiej opinii »że Uniwersytet wileński jest najbogatszym w świecie«, a to dlatego, że nie jest to prawdziwe, a powtóre, że może obudzić zawiść w innych, szkodząc przyszłym losom Uniwersytetu, co dla Franka nie może być obojętnem, jako dla członka Uniwersytetu; wszystko to zaś nie przyspieszy otwarcia kliniki oftalmologicznej

Tymczasem z rozmaitych stron otrzymuje Frank uznanie za swój podręcznik, to od Dra Rhemana, dyrektora departamentu medycznego w Petersburgu, to od leibmedyka Wylie, hr. Capodistria i innych, a od cesarza pierścień ze wspaniałymi dyamentami.

Prócz rozmaitych artystów odwiedziło w tym czasie Wilno wielu uczonych. Do najprzedniejszych z nich zalicza Frank Wilibalda Bessera, profesora botaniki z Krzemieńca, którego Frank chciał przeciągnąć do Wilna, Michelsona, wziętego lekarza grodzieńskiego, Józefa Sękowskiego oryentalistę, który w r. 1827 został profesorem języków i literatur wschodnich w Petersburgu

[1]) W Zakładzie Uniwersytetu kijowskiego przechowują się dotąd ze zbiorów Wileńskich cenne preparaty Prochaski, Siemiaszki, a szczególnie prof. Bielkiewicza. W uznaniu zasług Bielkiewicza, jako twórcy i założyciela anatomicznych zbiorów, Wydział lekarski z inicyatywy prof. Wł. Beca w Kijowie ozdobił przed laty salę biustem znakomitego wileńskiego anatoma (ur. 1798, zmarł w r. 1840 w Wilnie). I. T. H.

i tam się zupełnie zrusyfikował. W tym czasie przyszły do Wilna pułki gwardyi. Kilku oficerów, należących do wyższej arystokracyi rosyjskiej, bywało w domu Franka, »a od ich rozpraw rewolucyjnych włosy mu powstawały na głowie«. Był to zapewne zawiązek przyszłego tajnego stowarzyszenia dekabrystów, którzy bratali się z Polakami. Bawił w tym czasie w Wilnie WKsiąże Mikołaj, późniejszy cesarz.

W roku 1821 Frank stracił ojca, który umarł, mając lat 77. Majątek jego wynosił 168.000 florenów. Według testamentu podzielił stary Frank prawnie połowę funduszu pomiędzy synem Józefem i zięciem Paternelem, a drugą część, którą mógł dowolnie rozporządzać, zapisał synowi, oraz dożywotnią pensyę pani Janitch, z którą przeżył długie lata.

Do rzędu nieprzyjemnych zdarzeń w życiu Franka należały następujące: Przyjechał do Wilna 40-letni Dr Kreilich z Fiume, ażeby nostryfikować swój dyplom lekarski, a następnie szukać szczęścia w Rosyi. Ponieważ do egzaminu na razie nie mógł się przygotować, Frank wyrobił mu miejsce i prawo praktyki w domu pewnego obywatela na wsi, lecz tam ów Dr Kreilich po niejakim czasie życie sobie odebrał. Obwiniano Franka, iż nie pomógł mu materyalnie, zamiast wysyłać gdzieś do odległej wsi. To znowu syn pewnej wdowy po pastorze ewangelickim z Kowna, Hickmann, pozostający na koszcie rządowym w Uniwersytecie, jako chory nie wstąpił do kliniki, lecz leczył się w ogólnej kwaterze i tam rzuciwszy się z III piętra, zabił się na miejscu. Matka zmarłego zaskarżyła Franka, że jako przełożony nie miał nad nim dozoru. W trzecim przypadku niejaki Jakuliński, student, prosił Franka o przyjęcie go do Instytutu medyków na koszt skarbu, lecz Frank, mając niepochlebne o nim informacye, odmówił. Po pewnym czasie Jakuliński przedstawił dobre świadectwa z postępów i sprawowania i został do Instytutu przyjęty. Pewnego razu Jakuliński otrzymał wymówkę od prof. Franka wobec Dra Rymkiewicza, subinspektora. Jakuliński wyobrażając sobie, że go Rymkiewicz zadenuncyował, wystąpił zuchwale wobec niego, co zmusiło Franka do wyrzucenia Jakulińskiego z pokoju. Wtedy Jakuliński zaskarżył Franka przed rektorem, a tymczasem sam chciał sobie wymierzyć sprawiedliwość. Do spacerującego z Capellim w lesie Zakreckim Franka strzelił, lecz nie trafił. Jakuliński na zasadzie wyroku sądowego został pozbawiony szlachectwa, oddany w sołdaty i wysłany do pułku na Syberyę. Ponieważ na korzyść skazanego pomiędzy niektórymi profesorami urządzono hojną składkę, podejrzywał Frank, że Jakuliński był narzędziem w ich rękach.

Te i inne wypadki, zrażając studentów do Instytutu, pozbawiły rząd kandydatów na lekarzy wojskowych, a możność zwrócenia kosztów wychowania zwiększała ilość zwolnionych od służby urzędowej. Zdolniejsi znajdowali dobroczyńców, którzy pożyczali im pieniądze na spłacenie długu rządowego. Administracya zwróciła na to uwagę i na wykup zezwalano tylko w przypadkach wyjątkowych.

Kiedy Frank, zdecydowawszy się opuścić Wilno, powiedział o tem ks. Czartoryskiemu, ten zaczął mu robić mnóstwo trudności. Frank uniósł się i ze zwykłą sobie krewkością powiedział kuratorowi, że »za wszystko, co zrobiłem dla Uniwersytetu i dla Litwy, odmawiacie mi należnej prawnie emerytury; wyjadę i bez niej, wynagrodzi mi to honoraryum księgarza za wydanie mego dziennika, w którym szczegółowo wszystko opiszę«. Książę wymawiał Frankowi te słowa i powiedział, że jeżeli nieodwołalnie postanowił Wilno opuścić, to zadosyć uczyni jego prośbom i ułatwi otrzymanie prędkiej dymisyi, co też rzeczywiście uczynił.

W parę miesięcy po tej rozmowie wyszedł ukaz cesarski, wzbraniający poddanym i urzędnikom rosyjskim ogłaszania czegokolwiek bądź, dotyczącego ich służby. Frank sądzi, że to było następstwem jego rozmowy z kuratorem.

Dla otrzymania pełnej dymisyi Frank powoływał się na chorobę oczu i słabość wzroku. Przyznano mu emeryturę roczną w kwocie 2.000 rubli.

»Nie będę opisywać« — mówi Frank — »smutku, jakiego doznałem, żegnając moich pacyentów i przyjaciół, opuszczając miasto, w którem doznałem tyle dowodów przyjaźni i dobroci. Nie żałuję tego, żem najpiękniejszą część życia poświęcił temu gościnnemu krajowi. Gdybym był profesorem w centrum Europy, sława moja więcejby zyskała, ale pod względem materyalnym żaden kraj tyleby mi nie dał, co Litwa, gdybym tylko umiał i chciał korzystać z okoliczności. Zawsze męczyła mię myśl, że Litwini mogą mię posądzać o interesowność, że żyłem z nimi tylko dlatego, aby zebrać kapitał, a potem pędzić życie przyjemne w innym kraju«. »Prawdopodobnie« pisze dalej, »nie opuściłbym tego kraju do śmierci, gdyby nie to, że w latach ostatnich zbyt wiele miałem do zniesienia boleści i gdybym nie przewidział, że wcześniej lub później rozszaleje się straszna burza nad Uniwersytetem, do którego należałem«.

Wiele miejsca w pamiętnikach zajmują stosunki towarzyskie Franka, pobyt ojca Franka w Petersburgu, Wiedniu, stosunki jego z dworem wiedeńskim i petersburskim, z Napoleonem, z Lareyem, Corvisartem i innymi słynnymi lekarzami ówczesnymi. Oprócz tego znajduje się wiele w nich wiadomości o wypadkach politycznych, osobach wybitnych jak u nas, tak i w Europie, jednem słowem pamiętniki Franka są kroniką pierwszej ćwierci XIX wieku, przyczynkiem do historyi cywilizacyi u nas, książką mogącą zainteresować każdego inteligentnego czytelnika, a tembardziej lekarza.

Wielka wdzięczność należy się Dr W. Zahorskiemu, że nie szczędził trudu na przetłómaczenie i opatrzenie potrzebnymi przypiskami pamiętników. Niestrudzony ten pracownik, zająwszy placówkę w Wilnie po zasłużonym badaczu Dr J. Bielińskim, stoi w stolicy Gedyminowej na straży naszej kulturalnej spuścizny, strzegąc ją od zagłady. J. Talko-Hryncewicz.

---

†

Stanisław Kamieński

ordynator Domu wychowawczego, były redaktor »Pamiętnika Towarzystwa lek. warszawskiego«, współredaktor »Gazety lekarskiej«, zmarł w Warszawie w 53 r. ż.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Otrzymujemy następującą odezwę:

»Muzeum historyczne medycyny i farmacyi polskiej, zostające pod opieką Wydziału lek. U. J., gromadzi przedmioty dotyczące nauki i zawodów: lekarskiego, farmaceutycznego i aptekarskiego. Dotychczasowe zbiory obejmują przeszło osiem tysięcy różnych przedmiotów i znajdują się w Klinice medycznej U. J. (Kopernika 15) w tymczasowym zarządzie prof. W. Jaworskiego, dokąd dary ofiarowane dla Muzeum uprasza się przesyłać. Najmniejszy nieraz przedmiot, uważany za nic nie znaczący, może nabrać w przyszłości dużej wartości historycznej, a przechowany w Muzeum zostaje zabezpieczony od zagłady.

Muzeum gromadzi przedmioty od najdawniejszych czasów, aż do dnia dzisiejszego. Dzieła lekarskie i farmaceutyczne, drukowane i pisane przez autorów Polaków, odbitki prac, czasopisma lekarskie i aptekarskie, artykuły i wzmianki lekarskie i farmaceutyczne w czasopismach politycznych i innych, statuty towarzystw i izb lekarskich i aptekarskich, sprawozdania z ich działalności, jakoteż ze zjazdów i wieców lekarskich. Odezwy, bilety, recepty, świadectwa, dyplomy, adresy, upominki, korespondencye, listy pochwalne, odznaczenia, ordery, medale. Plany i opisy szpitali, zdrojowisk i zakładów leczniczych polskich, stare

inwentarze, rozporządzenia władz sanitarnych, partactwo lekarskie i t. p., portrety, sztychy, fotografie poszczególne i zbiorowe i ich rodzin. Przyrządy, modele i preparaty pomysłu lekarzy i aptekarzy Polaków i t. p. W. Jaworski«.

— Zarząd Biblioteki Tow. lek. krak. składa serdeczne podziękowanie kol. Dr Grzybowskiemu z Krakowa za dzieła ofiarowane bibliotece i kol. Dr Surzyckiemu za sto tomów cennych dzieł darowanych bibliotece. Dr Blassberg, bibliotekarz.

— Towarzystwo »Wyzwolenie« otwarło dobrze urządzoną wystawę przeciwalkoholową.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 12. X. do 18. X. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (obcych 1 † —), krztuśca 11 † — (— † —), ospy wietrznej 2, płonicy 6 † 1 (— † —), odry 9 † — (— † —), duru brzusznego 5 † 1 (3 † —), czerwonki 8 † 2 (3 † 1), gorączki połogowej — † —, róży 2 † —.

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 6. X. do 20. X. 1913 przypadków: ospy 5 † —, płonicy 18 † 8. Dr Trenkner.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 2. X. 1913 przedstawiono m. i. komunikaty następujące: 1) R. Merecki: Temperatura powietrza w Polsce pod wpływem zmiennej działalności słońca. 2) J. Sosnowski: Cechy krzywej szybkości skurczu mięśnia. 3) A. Landau i A. Rząśnicki: O zwracaniu się zawartości dwunastniczej do żołądka.

— Nowy wspaniały szpital dziecięcy, powstały przy ulicy Leszno l. 136 dzięki wielkodusznej ofiarności p. Zofii Szlenkerówny, został uroczyście otwarty 19. X. b. r. Przy otwarciu przemawiali prezes Tow. lek. Dr Pawiński, redaktor »Gazety lek.« Dr Puławski i fundatorka. Naczelnym lekarzem szpitala jest Dr Józef Brudziński, według którego też wskazówek szpital został zbudowany. Szpitalowi, z polskich szpitali dziecięcych niewątpliwie najlepiej urządzonemu, życzymy serdecznie pomyślnego rozkwitu ku dobru cierpiącej dziatwy i pożytkowi polskiej nauki.

— Jak donosi »Gazeta lekarska« (Nr 42), ma Rada ministrów obradować nad projektem »ustawy o praktyce lekarskiej«, opracowanym przez ministeryum spraw wewnętrznych. Projekt ten określa prawo praktyki, obowiązki lekarzy co do tajemnicy zawodowej, co do wolności operowania i t. d., i ustanawia autonomiczne »Rady lekarskie« w każdej gubernii, analogiczne do austryackich i niemieckich Izb lekarskich. Ministeryum spraw wewn. opracowało również projekt zabezpieczenia granic państwa przed zawleczeniem chorób epidemicznych i ma ten projekt wnieść do Dumy.

— W okręgu fabrycznym warszawskim powstało na zasadzie nowego prawa o kasach chorych 201 kas, liczących 120.000 członków.

Mianowani: Dr Tomkowicz naczelnym lekarzem, a Dr Adamowicz ordynatorem miejskiego szpitala zakaźnego w Mińsku; dyrektorem Instytutu chorób zakaźnych w Berlinie (po R. Kochu) prof. Löffler z Gryfii; prof. Rabl z Innsbrucku profesorem histologii w Grazu, prof. R. Schmidt z Grazu profesorem med. wewn. w Pradze.

Zmarli: Dr Jakób Spyra, gorliwy pracownik społeczny, w Bytomiu na Górnym Śląsku; Dr Jan Kreutz w 47 r. ż. w Stanisławowie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 29. października 1913 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład prof. Browicza: »Czy rak pojawia się obecnie częściej, czy też nie?«

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Najwyższe odznaczenie: Krzyż honorowy, wielki złoty medal i dyplom honorowy otrzymała „ŠARATICA“ na III międzynarodowej wystawie lekarskiej we Wiedniu w r. b. Jestto nowy dowód, że Šaratica jest najlepszą wodą gorzką, która się odznacza bogatą zawartością soli gorzkich (w 1000 gr. 65 gr.), szybkiem działaniem i przyjemnym, nie wstrętnym smakiem.